UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1961 N° 41

A PROPOS DE CONDUITES D'AUTORITE DE MALADES MENTAUX SUR UN CHANTIER A CARACTERE EXPERIMENTAL

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

par

Yvette BRUN-BLEULER

MM. PLANQUES, Président
J. LAPORTE
GREZES-RUEFF
LABOUCARIE
BOUISSOU, Suppléant
} Assesseurs

CENTRE D'ÉDITIONS UNIVERSITAIRES
DE L'A. G. E. T.
15, rue des Lois - TOULOUSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0063

Docteur Yvette BRUN-BLEULER

~~Ancien Externe des Hôpitaux~~

A PROPOS

DE CONDUITES D'AUTORITE

DE MALADES MENTAUX

SUR UN CHANTIER A CARACTERE EXPERIMENTAL

CENTRE D'EDITIONS UNIVERSITAIRES
DE L'A.G.E.T.
15, rue des Lois - TOULOUSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITE
DE
TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE
ET
DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : Monsieur LAZORTHES
Assesseur : Monsieur DELAS
Doyens Honoraires : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER
Professeurs Honoraires: Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE

Section Médecine

Professeurs

Clinique médicale ..... M. MERIEL
Clinique médicale ..... M. GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologie ..... M. FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer ..... M. GRIMOUD
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie ..... M. VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..... M. BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne ..... M. MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires ..... M. LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture ..... M. SOREL
Clinique neurologique et psychiatrique ..... M. RISER
Clinique obstétricale ..... M. GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique ..... M. CADENAT E.
Clinique ophtalmologique ..... M. CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale ..... M. CALVET
Clinique traumatologique des membres ..... M. RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale ..... M. PONTONNIER
Anatomie ..... M. LAZORTHES
Anatomie appliquée ..... M. POULHES
Anatomie pathologique ..... M. FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale ..... M. ANDRIEU
Chimie biologique ..... M. VALDIGUIE
Electro-radiologie ..... M. MARQUES
Embryologie générale ..... M. BROUSSY
Histologie ..... M. BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..... M. DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail ..... M. PLANQUES
Médecine sociale ..... M. BOUNHOURE
Parasitologie ..... M. BOUISSET
Pathologie chirurgicale ..... M. DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale ..... M. SANDRAIL
Physico-chimie ..... M. AUVERGNAT
Physiologie ..... M. SOULA
Physiologie appliquée et pharmacologie ..... M. BAISSET
Physique biologique et médicale ..... M. BUGNARD
Propédeutique médicale ..... M. GERAUD
Thérapeutique ..... M. DARDENNE

Professeurs à titre personnel

Anatomie générale et comparée ..... M. COULOUMA
Pathologie médicale ..... M. LAPORTE
Bactériologie ..... Mme ENJALBERT

Professeurs sans chaire

Physiologie ..... M. LAPORTE Y.
Biochimie médicale ..... M. DOUSTE-BLAZY
Physique médicale ..... M. BRU

Maitres de Conférences Agrégés

Anatomie pathologique ..... M. BOUISSOU
Histologie et embryologie ..... M. PLANEL
Parasitologie ..... M. RUFFIE J.
Physiologie ..... M. MONTASTRUC

Agrégés

Pathologie médicale ..... M. MONNIER
- *d°* - ..... M. RIBAUT
- *d°* - ..... M. DELAUDE
- *d°* - ..... M. CALAZEL

Pathologie chirurgicale ..... M. ENJALBERT
- *d°* ..... M. FICAT
- *d°* ..... M. PASQUIE
- *d°* ..... M. SOUQUET

Médecine légale ..... M. GREZES-RUEFF
Odontostomatologie ..... M. CADENAT H.
Pédiatrie ..... M. BARDIER
Rhumatologie ..... M. RUFFIE

Agrégés libres

Anatomie ..... M. THOMAS
Ophtalmologie ..... M. DEODATTI
O.R.L. ..... M. CLAUX
Pathologie chirurgicale ..... M. DIEULAFE

Section Pharmacie

Professeurs

Botanique et cryptogamie ..... Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle ..... M. BOURBON
Chimie pharmaceutique ..... M. BLANC
Histoire naturelle ..... M. DELAS
Matière médicale ..... M. VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie ..... M. CAUJOLLE
Pharmacie galénique ..... M. STANISLAS

Professeurs à titre personnel

Pharmacie ..... M. COUTURIER

Professeurs sans chaire

Sciences naturelles ..... Mlle MEYNIER
- *d°* ..... M. ROUX

Maitres de Conférences Agrégés

Microbiologie ..... M. BREUILLAUD
Sciences physiques ..... M. PITET

Personnel Administratif

Secrétaire Principal ..... M. ROCHE
Secrétaire ..... Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 Mai 1891)

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES

Professeur de Médecine Légale

et de Médecine du Travail

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre jury.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueux attachement

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LAPORTE

Professeur à la Faculté

Nous vous remercions de l'enseignement que vous nous avez donné à l'Hôpital et à la Faculté, ainsi que de la bienveillance que vous nous avez toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GREZES-RUEFF

Vous avez bien voulu vous intéresser à notre travail. Nous vous en remercions vivement.

MONSIEUR LE DOCTEUR LABOUCARIÉ

Chargé de Cours à la Faculté

~~*Médecin des Hôpitaux*~~

Nous vous remercions de l'aimable accueil que vous nous avez réservé et de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE H. BOUISSOU

Vous avez bien voulu, au cours de nos études, reporter sur nous la sympathie qui vous lie à notre famille. Nous vous en exprimons toute notre reconnaissance.

AUX MEDECINS DE L HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE LANNEMEZAN

MONSIEUR LE DOCTEUR H. UEBERSCHLAG

Médecin directeur

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous vous remercions de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre établissement et de la bienveillance que vous nous avez témoignée au cours de notre internat.

MONSIEUR LE DOCTEUR DE VERBIZIER

Médecin-chef

Vous nous avez inspiré ce travail et guidé dans son élaboration.
Nous vous en exprimons ici notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLON

Vous nous avez réservé le plus aimable accueil dans votre service et nous vous en remercions vivement

MADAME LE DOCTEUR MEDEVIELLE

En témoignage de notre sincère amitié.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A TOUS NOS AMIS

A PROPOS DE CONDUITES D'AUTORITE

DE MALADES MENTAUX

SUR UN CHANTIER A CARACTERE EXPERIMENTAL

INTRODUCTION

Il semble paradoxal qu'un organisme de soins, à plus forte raison un hôpital psychiatrique, puisse contribuer à la connaissance des conduites de haut niveau que nécessite le Travail, leur exercice s'associant en effet à l'idée spontanée d'action, de santé, d'effort, d'adaptation sociale.

Cependant le paradoxe n'est qu'apparent. Le médecin des Hôpitaux Psychiatriques utilise couramment le travail dans un ensemble thérapeutique plus ou moins complexe. Il en découvre et il en perfectionne chaque jour le maniement et c est après un inventaire, tenant compte à la fois des impuissances et des aptitudes utilisables à *un niveau donné*, que le travail retrouve sa place comme élément thérapeutique et mode proprement humain de relation avec autrui Cette attitude médicale repose sur la connaissance de l'évolution dynamique de la personnalité, les mécanismes d'intégration au monde extérieur régressant en cas de troubles vers des formes d'organisation plus élémentaires, pensée à laquelle JACKSON nous a familiarisés en neurologie, et qui a connu en psychiatrie les développements que l'on sait. Ces notions intéressent aussi bien les dissolutions de la conscience, du langage, que celles du travail dans leurs aspects déficitaires et capacitaires

Les observations recueillies depuis plus d'un siècle dans les hôpitaux psychiatriques, les hypothèses émises sur le rôle du Travail, la nature et les critères de son action, la mise au point de diverses tentatives de réadaptation, depuis l'ergothérapie jusqu'aux techniques psycho et sociothérapiques les plus récentes, constituent un dossier qui enrichit sans cesse la connaissance de l'homme au Travail, et *met en valeur*

certaines notions utilisables en pratique journalière

Cet étude assimile certains services psychiatriques à de véritables laboratoires de médecine du travail expérimental à même de jouer dans la recherche un rôle assez identique à celui que peut avoir pour l étude du langage, un centre de rééducation d aphasiques et de malades troublés dans la sémantique de leurs expressions

C'est dans cette perspective qu'il nous a semblé intéressant d'examiner le problème de l'autorité chez des malades mentaux, nous demandant si en dehors de toute conduite d autorité pathologique de tels malades pouvaient assurer un commandement valable.

En effet, de tout le faisceau de conduites que cristallise le Travail celles qui s appliquent à l'exercice d une autorité satisfaisante sont les plus perfectionnées mais aussi les plus menacées

Les plus perfectionnées : elles mobilisent des forces psychologiques de haut niveau et impliquent une parfaite adaptation de l individu aux exigences du milieu

Les plus menacées aussi, car du fait de leur degré de systématisation, elles ne s'acquièrent que tardivement au cours de l évolution personnelle et peuvent regresser à l'occasion d un traumatisme quelconque vers des modes de comportement moins complexes, plus solidement établis, répondant à des stades antérieurs de la maturation psychologique et affective autoritarisme, fuite de la responsabilité

Cependant, nous avons pu constater que, dans le cadre d un Hôpital Psychiatrique qui tel celui de Lannemezan, offre des conditions de travail permettant de l'assimiler à un centre d observation expérimental, un certain nombre de malades internés pour des états psychopatiques graves, pouvaient assumer une autorité, soit sur leur propre travail, soit sur autrui.

Nous avons cherché à découvrir quels étaient les facteurs qui dans ce milieu priviligié avaient permis le maintien ou la résurgence de telles conduites, par ailleurs si vulnérables et c'est le travail entrepris sous la direction du Docteur de VERBIZIER, Médecin chef à l'Hôpital Psychiatrique de LANNEMEZAN, que nous présentons.

PLAN D'ETUDE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

CONDUITES D'AUTORITE

CHAPITRE I : Notion de Conduite
- Définition
- Critères de Valeur
- Hiérarchie

CHAPITRE II : Notion d'Autorité
- Données classiques
- Perspective moderne
- Extension

CHAPITRE III : Altérations de conduites d'Autorité
- Observations
- Signes d'Intolérance

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE CONDUITES D'AUTORITE CHEZ LES MALADES MENTAUX

CHAPITRE I : Milieu d'Observation
- L'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan
- Le Chantier, Historique-Réalisation - Organisation du travail

CHAPITRE II Observations

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

L'environnement
Les relations humaines
- Le travail
- Les matériaux

CONCLUSION

PREMIERE PARTIE

CONDUITES D'AUTORITE

CHAPITRE I

NOTION DE CONDUITE

A - DEFINITION

P. JANET a décomposé l'activité en conduites, afin de pouvoir «exprimer en termes d action les phénomènes psychologiques les plus élevés les plus propres à l'homme» (1)

En effet, analysant les observations de ses malades et en particulier celle de Madeleine (2) il écrivait «Il n est pas prudent, il est quelquefois absurde de nous représenter la pensée intime du malade en nous mettant à sa place et en imaginant ce que nous aurions senti nous mêmes dans les mêmes circonstances » C est alors qu'il conçut une psychologie où l action visible à l extérieur, la seule que nous puissions saisir en toute objectivité, était le phénomène fondamental La systématisation d'un certain nombre de réflexes, d'actes constitue alors une conduite psychologique

Unifiant par là même le langage psychologique,

---

(1) (De l'Angoisse à l'Extase) - page 204

(2) Malade suivie par P. JANET pendant vingt deux ans et présentant un délire religieux avec crises extatiques. L'observation de ce délire sert de point de départ aux études de P. JANET, sur les volontés et les croyances.

il peut employer les termes d'action et de conduite dans l'analyse des faits psychologiques les plus complexes une même conduite rassemblant des actes de niveau équivalent plus ou moins élémentaires mais complets, ayant chacun son but ses instruments et traduisant la réaction originale de l'individu devant une situation donnée

Son originalité fut de considérer

a) La conscience comme une complication de l'acte une conduite particulière propre à l'homme

b) Le langage comme une conduite intermédiaire entre les conduites extérieures et les pensées «L'homme s'est parlé tout bas la pensée est née »

A partir de ce moment l'homme a eu à sa disposition deux manières de se conduire en toutes circonstances : l'action corporelle et l'action verbale, l'une lente et lourde mais la seule vraiment indispensable l'autre légère et ailée si facilement communicable, des multiples combinaisons de ces deux conduites ont pu naître tous les progrès de la conduite humaine

Il nous reste, afin de préciser le contexte dans lequel se place cette notion à rappeler les caractères établis par JANET pour juger de la valeur d'une conduite et l'ordre hiérarchique dans lequel il les a placées

B - CRITERES DE VALEUR

Pour mesurer l'efficacité des actions et par là leur caractère normal ou pathologique, un certain nombre de références sont nécessaires et P JANET propose de tenir compte de la force et de la tension des actes

-- *La Force :* En tant que force matérielle des mouvements car en effet leurs modifications de puissance de durée, de vitesse, jouent un rôle important dans la conduite de l'homme et par là, dans l'interprétation des maladies mentales

-- *La Tension* : Qualité difficile à définir, elle consiste en une certaine «modification de l action» qui concentran la force. permet plus d efficacité avec moins de dépen ses Une conduite expérimentale par exemple qui tient compte du passé et s'ordonne en prévision de l'avenir, est tout autre chose qu'un simple réflexe, maintes et maintes fois répété

Ces deux qualités doivent être harmonieusement équilibrées afin que l ensemble de la conduite demeure efficace et valable Interviennent également

- le degré de complexité et de systématisation des actes.
- la «prise de conscience» de l'opération psychologique, ce qui la transforme dans sa nature, en la détachant de son intérêt premier Ainsi, le «langage sort des actes de direction et de commandement, la croyance sort du langage, la réflexion sort de la croyance par une prise de conscience de la croyance elle-même. »

L'ordre d'apparition des conduites dans l'évolution, car les actes se sont perfectionnés au cours des siècles. comme les êtres vivants eux mêmes les plus perfectionnés étant les plus récemment apparus et par là même les plus fragiles, d où lors de circonstances pathologiques, des régressions, des arrêts de développement que P JANET a étudiés pendant trente cinq ans chez des individus de différents niveaux et chez les malades mentaux

Procédant ainsi de façon rigoureuse et objective il a dressé un tableau hiérarchique des opérations psychologiques qui, dit-il, est plus une hypothèse une indication utile de travail qu un résultat définitivement acquis Hypothèse cependant justifiée par le fait que les différentes études de psychopathologie, psychosociologie psychologie de l enfant ont mis l accent sur l'évolution de la conduite humaine et sur le fait que la pensée ne se constitue pas toujours de la même manière Il est alors commode de distinguer divers pa

liers dans cette évolution

C - HIERARCHIE DES CONDUITES

Nous ne pouvons dans le cadre de ce travail que résumer les diverses étapes tracées par P. JANET et nous retiendrons surtout que sa notion de hiérarchie est essentiellement evolutive, basée sur l établissement de conduites de plus en plus sociales et que les phénomènes élémentaires s intègrent dans les conduites plus évoluées ou alternent avec elles

Après les stades de l agitation diffuse du réflexe celui des actes perceptifs suspensifs où les tendances ne se déchargent pas d une manière complète et explosive comme dans les stades précédents apparaissent les premières tendances sociopersonnelles parmi lesquelles les tendances à imiter autrui à se confondre avec lui évoluent en même temps que le besoin de s en distinguer Dès cette confrontation, se préparent les conduites conscientes et prennent naissance les sentiments conçus par P. JANET comme des régulations de l action Puis, les premières conduites intellectuelles se forment Elles ont leur point de départ dans le besoin de modifier les actes individuels pour les rendre intelligibles aux autres, c'est à dire permettre les réactions sociales, et sont le résultat de la combinaison de deux conduites perceptives en un seul acte synthétique.

Au milieu de ce groupe de tendances, se sont constitués le langage à partir des conduites relatives au signe et provenant elles mêmes des actes du commandement et de l'obéissance puis la mémoire le récit

Les deux premiers stades sont occupés par l'établissement de rapports de plus en plus équilibrés et efficaces entre la parole et l'acte. L'un et l'autre se réunissent, après une courte phase d indépendance langage inconsistant de manière à créer selon le degré de prédominance de l'un des deux, les croyances et les volontés.

D'abord impulsives, elles sont devenues réfléchies grâce à l'évolution d'un phénomène social important la discussion qui, appliquée à l'homme se parlant à lui même est devenue réflexion, délibération décision

C'est alors, au moment de l'éxécution des résolutions, que «joue» réellement l individu avec toute sa réserve de puissance, de forces car il est en présence des tendances elles mêmes réellement réveillées et mobilisées et non plus de leur seule représentation

«Il y a dans l'esprit de nouvelles fonctions qui se sont constituées pour ajouter de la force aux formules verbales qui n'en ont pas une suffisante et qui doivent cependant triompher il s'agit du travail Le travail l'effort, appartiennent à des tendances supérieures à la réflexion, que j'ai souvent essayé de décrire sous le nom de tendances rationnelles ou de tendances ergétiques » La tendance au travail n'existe pas chez l homme primitif lequel ne s'y soumet que pour satisfaire à des besoins élémentaires (nutrition protection contre froid ou chaleur) Le travail c'est à dire l'exécution de la résolution sera donc une conduite de haut niveau Enfin pour progresser l'homme devra tenir compte des faits et des progrès de l'évolution Ce sont les tendances expérimentales et progressives qui le lui permettront

Nous conclurons ce rapide aperçu en rappelant d'une part que les progrès de l'homme dépendent d'abord de son désir de communiquer avec autrui puis de la loi fondamentale qui le fait «se conduite avec lui même comme il se conduit avec les autres» , d'autre part, que ses actions sont ordonnées suivant un principe d'économie des forces psychologiques

C'est ainsi que les conduites les plus hautement socialisées, mais aussi les plus coûteuses ne pourront être soutenues que par des sujets suffisamment «riches» et sachant équilibrer leur budget

CHAPITRE II

NOTION D'AUTORITE

A - DONNEES CLASSIQUES

Le terme «autorité» évoque «instinctivement» pourrait-on dire, les notions de commandement et de chef. Le chef est, en effet, celui qui détient l'autorité «c'est à dire celui qui grâce à elle possède le pouvoir ou le droit de commander». Cette notion populaire repose sur toute une expérience collective et individuelle solidement enracinée en chacun de nous et tendant à enfermer le concept d'autorité dans une représentation à la fois étroite et mythique cantonnant le commandement au niveau de la prise de décision.

Effectivement, c'est une des premières nécessités de la vie en groupe que de partager la société en «commandés» et en «chefs». «Les actes fondamentaux de la vie sociale sont les actes de commandement et d'obéissance» (P. JANET) et l'humanité a de tout temps, pris l'habitude de confier ou d'abandonner à quelques chefs le soin de la diriger, que ce soit à l'échelle des nations ou des communautés subdivisant celles ci quelles que soient les raisons de la confiance ou de la soumission.

Par ailleurs, notre histoire personnelle nous prédispose dès le plus jeune âge, à penser «autorité» d'une

certaine manière

Avant même l acquisition du langage les premiers soins rigides ou souples administrés au nourrisson et l'apprentissage du contrôle sphinctérien contribuent à l'élaboration du concept d autorité lequel s enrichira ensuite de l'expérience acquise dans les divers milieux de vie de l enfant famille, école jeux De ces relations se dégage une certaine notion de l autorité que l'on attribue à des objets (dans le tout jeune âge) et à des personnages doués d'expérience, de culture et du pouvoir d'administrer des sanctions.

Dans sa vie professionnelle, l'adulte se heurtera à un même mode d'organisation hiérarchisée basée *sur le principe de l'unité de commandement*, jugé nécessaire à l'exercice de l'autorité Se référant plus ou moins consciemment aux modèles de comportement qui lui auront été proposés dans l enfance il aura tendance à considérer le chef comme muni des qualités qui lui manquent.

Ainsi la notion de chef évoque irrésistiblement l'image d'un «surhomme» riche de qualités physiques intellectuelles et morales dont la convergence lui permettra d'assumer avec succès toutes responsabilités que le groupe des commandés s empressera de lui déléguer Vouloir relever dans la littérature courante toutes les caractéristiques reconnues nécessaires à l exercice du commandement, serait s exposer à dresser un catalogue fastidieux et inexact : on ne saurait, en effet, tracer un portrait-type du chef

B - PERSPECTIVE MODERNE

Depuis ces vingt dernières années, à la suite de recherches psychologiques et psychosociologiques, les théories du commandement ont évolué Citons les recherches du Docteur J R REES, psychiatre consultant général de l'Armée Britannique qui pendant la guerre

de 1939 45, fut chargé de réorganiser les services d'Hygiène Mentale de l'Armée

Au cours de ses travaux, il mit au point avec ses collaborateurs équipe de psychiatres, psychologues officiers de troupe, une méthode de sélection des élèves officiers (War Office Selection Board) Il s'en dégagea en particulier la technique du «groupe sans chef» Cette méthode consiste à former un groupe de dix hommes environ sans lui nommer un chef et il s'ensuittrès vite une situation de tension et d'angoisse

Puis l'un d'entre eux prend l'initiative d'assumer la fonction de chef ; qu'on retire cet homme du groupe et le processus se répète : un autre émerge et prend la charge «Le commandement nous semble essentiellement écrivait REES en 1946 une fonction de l'individu dans sa relation avec le groupe et avec la tâche spécifique du groupe. »

Par ailleurs, l'étude approfondie du fonctionnement des organisations industrielles sous l'influence de travaux admis aux Etats Unis, mais peu encore en Europe cherche à tenir compte de la structure et de la dynamique des groupes Ces travaux n'axent plus le problème du commandement autour de la seule personnalité du chef, mais découvrent l'influence de la structure du groupe sur celui-ci

Le commandement devient une fonction du groupe, se répartissant entre ses divers membres Le rôle du chef étant de contribuer à la marche de la communauté et de l'amener à atteindre ses buts on doit admettre qu'un même individu ne peut toujours remplir ces fonctions

En effet, «si l'on considère le caractère changeant des buts et les dimensions d'un groupe» , on reconnait que *«certaines caractéristiques individuelles ne permettent à un individu de diriger le groupe que dans certaines situations, vers certains buts.* » (E. ENRIQUEZ) Tous les individus peuvent donc à un moment ou l'autre et suivant leurs capacités, assumer une partie des charges du commandement Le leader serait suivant les

travaux de CATTEL, celui dont l'action a l'influence la plus importante sur la perfomance du groupe. Quant au commandement, il est envisagé comme un processus d'influence dans lequel on peut distinguer une influence «decisoire» et une influence «exécutoire» (STOGDILL).

Les expériences de BAVELAS, LEAVITT, SHAWW et MUELLER ont montré que certains facteurs favorisaient l'émergence du leader. Ce sont

la place du sujet à l'intérieur du groupe,
le type du réseau de communications imposé conditionnant l'importance des informations mises à la disposition de chacun,
la possibilité de transmettre des messages en retour (feed back) lorsque les décisions ont été indiquées.

Dans ces conditions, le rôle du chef est d'aider le groupe à «localiser ses besoins de communication à diagnostiquer ses problèmes, à faciliter des communications véritables entre les membres du groupe» (E. ENRIQUEZ)

On conçoit qu'un tel commandement tenant compte à la fois de la dynamique du groupe et de l'expérience de chacun, impliquant un comportement coopératif de l'ensemble, aurait des bases solides et une grande efficience. Les sujets qui détiendraient l'autorité seraient ceux qui sauraient capter ces diverses contributions pour en faire un tout où chacun puisse reconnaître sa participation et sauvegarder son autonomie. Cette charge est aussi délicate et «coûteuse» que celle du chef classique.

C - EXTENSION DE LA NOTION D'AUTORITE.

Dans le cadre de l'étude de conduites d'auto-

rité se rapportant au travail il nous paraît possible d'appliquer ce terme non seulement aux relations se rencontrant entre les divers individus d'un groupe mais aussi à celles qui existent entre l'homme et son propre travail. L'autorité est aussi maîtrise sur sa propre activité, sur la matière qu'on affronte, l'outil manié, la machine, bien qu'avec une tension et une dépense moindres.

«Si chaque matière a son coefficient d'adversité, chaque outil détermine dans l'âme de l'ouvrier un coefficient de maîtrise» écrit BACHELARD. De cette relation, de ce couple «homme travail» et combien plus «homme-machine» dans la fusion des échanges autorité obéissance naît la vie. «Il effleura du doigt un longeron d'acier et sentit dans le métal ruisseler la vie : le métal ne vibrait pas, mais vivait. Les cinq cents chevaux du moteur faisaient naître dans la matière un courant très doux qui changeait sa glace en chair de velours. Une fois de plus, le pilote n'éprouvait en vol ni vertige ni ivresse, mais le travail mystérieux d'une chair vivante ... » (ST-EXUPERY, *Vol de Nuit*)

Les conduites de l'homme envers la matière sont bien souvent la réplique des conduites inter humaines. On pourrait peut être en retrouver les origines dans la pensée égocentrique de la deuxième enfance analysée par J. PIAGET. A ce stade en effet, par suite de l'impossibilité qu'a l'enfant de prendre conscience de sa pensée comme d'un phénomène propre, l'univers et la matière sont doués d'une sorte de vie diffuse.

Les notions de causalité, d'objet, d'espace, de temps, se constituent en partie au travers de «l'artificialisme» dans lequel les processus naturels sont assimilés à l'activité humaine de «l'animisme» qui attribue les mouvements naturels à une activité intentionnelle et enfin des «conduites magico phénoménistes» où l'enfant considère que son action va agir sur les choses d'une façon magique. En cette période, la vie de la matière existe réellement. On retrouve d'ailleurs certaines de ces conduites dans les Sociétés primitives (sorcellerie, pratiques magiques ...) et en pathologie mentale. L'adulte aura toujours tendance à prêter une

certaine vie aux objets, sans en être dupe toutefois Cette vie favorise l établissement d échanges fructueux entre l'homme et la matière, ou même la libération de tendances refoulées agressives la plupart du temps Le problème de la socialisation des tendances tient, on le sait, une place importante dans les recherches de L SZONDI (opérotropisme) d Ulrich MOSER (L Analyse de la Destinée appliquée à la Psychologie du Travail) , de P SIVADON (L investissement de l'agressivité comme technique sociothérapique)

Gaston BACHELARD dans «La terre et les rêveries de la Volonté» évoque la matière dure révélée comme grande éducatrice de la volonté humaine, comme régulatrice de la dynamogénie du travail qui en nous obligeant à ces luttes nous offre une sorte de psychanalyse naturelle Les techniques de psychothérapie par le travail, qui cherchent à faire retrouver aux malades mentaux le contrôle d'eux mêmes à investir parfois leur agressivité, utilisent largement ces notions

XXXXXX

En résumé, nous appuyant sur les considérations précédentes, nous donnerons dans ce travail un sens assez large au terme «autorité» et reprenant les acceptions de LITTRE : «pouvoir se faire obéir ; créance qu'inspire un homme, une *chose*», nous envisagerons l'autorité comme une maîtrise de soi, donnant à l'individu le pouvoir de se faire obéir d autrui ou de la matière ce qui nous permettra de distinguer 2 plans dans les conduites d'autorité

- autorité sur son propre travail ;
- autorité sur autrui

Nous étudierons l'ensemble de ces faits en fonction des relations individu-milieu-groupe.

CHAPITRE III

ALTERATIONS DES CONDUITES D'AUTORITE

La richesse des qualités demandées au chef, en particulier la compétence et une grande maîtrise des relations humaines les discussions passionnées qu'il suscite, la diversité des situations auxquelles il doit faire face, montrent assez la complexité de sa charge et combien les conduites lui permettant de maintenir son autorité seront de haut niveau. «On ne fait obéir que par toute une conduite qui est très curieuse, très difficile et très coûteuse» - P. JANET (1). Très coûteuse, en effet, elle doit pour affronter efficacement les problèmes de surveillance, sanction initiative, rassembler sans défaillance les qualités demandées

- Force et Tension de l'acte
  Complexité, systématisation et prise de conscience des opérations psychologiques, sans cela, elle ne serait que caricature, autoritarisme ou «parade plus ou moins semblable à celle des matamores de basse cour» (E. MOUNIER)

Toute conduite d'autorité, digne de ce nom, sera donc d'apprentissage et de maintien difficiles

Lorsqu'en effet la responsabilité devient mena

(1) L'évolution psychologique de la Personnalité - P. 357

çante pour des raisons biologiques psychologiques ou sociales cet état entraîne diverses complications parmi lesquelles des troubles de l'autorité

On peut relever après les stades d'ennui de fatigue et d'irritabilité puis d'angoisse des réactions d'autoritarisme ou de fuite par le biais de la maladie en particulier avec ou sans substrat organique justifiable Une lésion réelle si minime soit elle sera le prétexte auquel se fixe le malade pour investir l'angoisse expliquer la fatigue Celles ci proviennent d'une situation psychologique trop couteuse car exigeant pour y faire face des capacités supérieures à celles que possède l'individu L'équilibre difficilement maintenu se rompt à un moment donné pour laisser naître les troubles révélateurs de l'intolérance Voici quelques observations qui permettront d'illustrer rapidement ce que l'on peut appeler une psychopathologie de l'autorité dans le cadre des relations homme travail auquel nous limitons notre étude

OBSERVATION N° 1

P. Charles, 29 ans, Ingénieur, récemment promu d'une grande école s'est vu confier (c'est son premier poste) dans une usine d'équipement électrique de la région parisienne, une tâche de responsabilité d'organisation. Doit, pour ce faire, réunir une fois par semaine, les dirigeants des différents services techniques, pour la plupart ses aînés, recevoir leurs rapports, analyser avec eux la situation de chaque département, assurer la synthèse de la réunion, déterminer l'orientation du travail commun.

Attire au cours de la deuxième année, après son entrée en fonction l'attention du médecin du travail lors de la visite annuelle d'aptitude (Avril 1955) signalant une asthénie progressive qui l'oblige, dit-il, à interrompre de plus en plus souvent son travail, lui faisant à la fois redouter et souhaiter la suspension de ses activités, son envoi en maison de repos, sa démission.

L'analyse plus approndie de la genèse de cet état fait apparaître le développement d'une anxiété liée chez l'intéressé à la direction de sa tâche. Ce n'est qu'au prix d'un effort de plus en plus pénible qu'il affronte son groupe, coordonne ses travaux - a l'impression de s'y montrer insuffisant - s'en décharge sous divers prétextes puis finit par redouter sur un mode phobique le jour des réunions. Demeure figé dans son lit, pris de panique. Les stimulations de son entourage familial au début suffisantes pour lui permettre de se rendre à son travail, sont, depuis quelques mois inopérantes Se culpabilisant, P. retourne avec de plus en plus de difficultés dans son entreprise et son absentéisme commence à attirer l'attention de ses employeurs.

L'examen révèle l'absence de tout processus organique morbide en évolution ; mais l'entretien avec le sujet, jeune homme longiligne rétracté, anxieux, met en évidence son caractère psychasthénique dont les composantes réactionnelles de style hypocondriaque, sont suffisamment fortes pour faire redouter une décompensation prochaine dont sa «manie lectuaire» est un indice.

L'analyse avec le médecin de la situation est bien acceptée et entraîne une sédation notable de l'anxiété dans sa manifestation la plus évidente : la fatigue paradoxale de cet homme de plus en plus inactif.

Peu de temps après, cet ingénieur sollicite un poste de recherches techniques où il pourra travailler EN SECOND dans un laboratoire. Ce poste se trouve disponible dans une des usines du groupe industriel dont il fait partie. Le reclassement sur le plan professionnel a lieu sans autres difficultés et n'entraîne aucune dévalorisation sociale et financière. Il satisfait aussi bien les employeurs que l'intéressé qui assume depuis cinq ans son nouveau rôle avec compétence et sans incidents de santé.

OBSERVATION N° 2

D .. , vingt ans, maçon, adressé pour reclassement professionnel Depuis trois mois, lombalgies, céphalées, asthénie, amaigrissement, se plaint de ne pouvoir poursuivre son travail

Le début des troubles est, en fait, secondaire à la disparition de son compagnon, homme énergique, pour lequel il a de l'admiration et de l'affection, qui l'a formé en lui confiant peu à peu des tâches de plus en plus difficiles, encourageant ou faisant la critique de ses actions à la fin de son travail. L'apprenti, anxieux, conduit sous sa direction un apprentissage de valeur (prend goût à son travail) . Au départ du chef, la direction de l'équipe reste à D ... Seul, il «ne peut assumer sa nouvelle responsabilité. » Il «s'affole» , se trouble dans ses décisions, hésite, devient malade, essayant d'échapper à sa condition de responsable.

Le bilan clinique est négatif ; tous les examens complémentaires (rhumatologie) sont satisfaisants. Trouvant une situation comportant une responsabilité plus contrôlée, D ... n'accuse actuellement et depuis plusieurs mois, aucun trouble (Janvier 1954) .

OBSERVATION N° 3

H. René, 56 ans. Chef de service dans une entreprise de bâtiments et travaux publics assure son activité de façon régulière et stable depuis plus de vingt ans.

A la suite d'une série de chocs affectifs s'associant à une période de surmenage, se trouve perdre le sommeil, s'alimente moins bien et présente des tendances

dépressives méconnues par son entourage familial et professionnel. Les troubles se développent d'une façon très progressive et conduisent l'intéressé au cours de cet état dépressif à solliciter de son employeur sa démission. A l'étonnement de celui-ci, il se dit désormais incapable et inapte à poursuivre sa tâche qui comporte trop de responsabilités. Devant l'insistance de son second, l'employeur finit par lui donner satisfaction et accepte son départ de l'entreprise. Peu après H. est examiné et placé en clinique psychiatrique pour un accès mélancolique d'involution s'accompagnant des thèmes délirants habituels (sentiments d'indignité, d'autoaccusation touchant des fautes futiles de son ancienne activité professionnelle, exprimant des idées de suicide).

Observation relativement banale d'un état mélancolique d'involution dont l'intérêt provient du développement très progressif des troubles, de l'altération initiale des conduites d'autorité de l'intéressé et de la méconnaissance aussi bien par l'entourage familial que professionnel et par le sujet lui-même de la nature morbide de ces troubles.

L'âge du sujet, la réorganisation de l'entreprise, ont rendu, une fois l'accès dépressif terminé, extrêmement difficile le réemploi de cet ancien chef de service, possible seulement au prix d'un relatif déclassement.

OBSERVATION N° 4

(Docteur POLI J.P.)

Echec d'une tentative de création de petite entreprise. Dépression et céphalées réactionnelles.

52 ans - Jusqu'à il y a trois ans, était commis d'entreprise (Peinture). A cette date s'établit à son compte : petite entreprise de 4 à 5 ouvriers avec lesquels il travaille lui-même. Dès le début, difficultés à s'occuper de la marche de l'entreprise tout en y travail-

lant. Puis, bientôt, problèmes financiers au premier plan : impossibilité d'avancer les fonds nécessaires pour certains marchés. Doit successivement abandonner plusieurs travaux qu'on lui proposait, a dépensé le peu d'économies dont il disposait dans des affaires qui lui rapporteront, mais se trouve sans disponibilités financières immédiates.

Il y a un an, apparition d'un état dépressif mineur : insomnie, idées noires, idées d'incapacité et de culpabilité, crainte de faillite, etc ... ; surtout d'une céphalée en casque qui apparait le soir quand il se trouve seul, s'aggrave au cours de la nuit jusqu'à rendre le sommeil impossible, disparait avec les premières occupations du matin.

Par ailleurs, célibataire, isolé, a toujours vécu replié sur lui-même. Pas d'abus d'aucune sorte.

Sur le plan somatique : colonne cervicale cliniquement et radiologiquement normale, T A. : 16/10 - urée : 0,49 - glycémie : 1,25

Prend assez rapidement conscience de la composante psychique de ses troubles et décide de liquider son entreprise Il va se reposer dans sa famille

Revu six mois après, a repris un poste de commis d'entreprise, très satisfait, souriant, détendu, disparition totale des céphalées et de l'insomnie - T.A. : 14/9- Accepte de continuer et d'approfondir les investigations biologiques qu'il avait refusées faute d'argent.

OBSERVATION N° 5

(Docteur RECH)

Fils de chef d'entreprise. Gère l'affaire familiale sous la direction du père. Etat dépressif, mélancolique quand disparait cette tutelle.

51 ans - Suivi par la consultation depuis un an et demi, travaillait avec son père, homme autoritaire et hyper-actif, à la gérance d'une entreprise familiale. Il y a deux ans, décès brusque de la mère, père âgé de plus de 70 ans, prend sa retraite. Il assume seul la responsabilité de la direction de l'entreprise. Il a 49 ans.

Très rapidement : anxiété, perte de sommeil, perte de l'appétit, instabilité, sentiment d'incapacité, regrets tardifs d'une vocation d'architecte, pessimisme.

En quelques mois, le syndrome devient franchement mélancolique avec idées d'autolyse et doit être traité comme tel. Le malade ne s'améliore cependant réellement que quand il sait que son père accepte de partager à nouveau avec lui la responsabilité de l'entreprise.

A noter dans les antécédents, un syndrome identique chez la mère au même âge.

Actuellement, disparition du syndrome mélancolique, mais persistance du sentiment d'insécurité.

o
o o

On le voit, il s'agit d'individus en phase de décompensation A côté du simple surmenage, des difficultés d'ordre affectif (Observation n° 3) , une inaptitude réelle au commandement (N° 1 - 2 - 3) ou un manque de qualités d'organisation et d'esprit de synthèse (N° 4) les rendent incapables d'assumer certains postes Les troubles apparaissent lorsque le responsable ne peut plus soutenir l'effort demandé.

Ces phases où la maladie est en train de se faire, se traduisent par une série de signes d'alarme, imprimant au comportement du sujet certaines anomalies (M. BAUDRY) Celles ci, diversement interprétées , parfois négligées, représentent en fait dans cette pé

riode de tension, des *mécanismes de défense*, dont il importe de comprendre la signification. Il en résulte en effet des mesures thérapeutiques utiles avant la rupture souvent insensible de ces réactions de défense.

Les manifestations d'intolérance sont diverses : ennui, lassitude, fatigue, angoisses diffuses et plus profondément encore phobies, conversions psychosomatiques, hystériques.

Elles s'accompagnent :

- d'altérations encore réversibles de la nutrition et du sommeil (phases de polyphagie, d'hypersomnie) ;
- de recours sous des formes diverses à des dopings, anesthésiques, souvent de l'anxiété : tabac, café, alcool, drogues ;
- d'hyperactivité avec inaptitude de plus en plus caractéristique à se distraire, à « se donner » du loisir.

L'importance de ces symptômes tient beaucoup plus à leur association et à leur persistance, qu'à leur intensité propre qui est susceptible de les faire négliger par le sujet et par autrui avant l'apparition de signes de souffrance ou de décompensation plus graves.

Ceux-ci se manifestent dans le sens :

- d'une agressivité vis à vis d'autrui ou de soi-même : autoritarisme, colères ;
- d'une sidération : arrêt du travail, aboulie névrotique ;
- ou d'une fuite : absentéisme, refuge dans la maladie et recherche des bénéfices secondaires.

Les troubles se compliquent par tout le jeu des interéactions pathogènes entre subordonnés et supérieurs faisant de ces individus des personnes épuisantes pour leur entourage.

La fréquence de ces réactions en milieu de travail permet de les considérer comme classiques, d'où l'intérêt de leur connaissance en pratique de prévention dans le cadre de l'Hygiène mentale.

o
o o

Partant d'un autre poste d'observation, il nous a paru intéressant d'étudier le maintien ou le rétablissement de conduites d'autorité chez des malades mentaux. Nous avons effectué cette étude dans le cadre de l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan, à propos de quelques observations de malades ayant pu acquérir une certaine autorité à l'intérieur de l'Etablissement.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DE CONDUITES D AUTORITE

CHEZ DES MALADES MENTAUX

CHAPITRE I

MILIEU D OBSERVATION

A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN

Généralités -

L'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan (H.P L.), vaste établissement ouvert en 1938 se situe entre les vallées de l'Adour et de la Garonne sur des landes humides longtemps incultes au climat rude à 600 mètres d'altitude ; un éventail de rivières s ouvre à proximité L'une d'elles, le Gers traverse l'Hôpital à quelques centaines de mètres de sa source Au Sud formant un arrière fond se dresse la chaîne des Pyrénées où culmine le Pic du Midi de Bigorre (2880 mètres) Les malades qui ressortissent du département des Hautes Pyrénées conservent dans «leur» Hôpital des liens familiers avec les traits physiques de la région sa flore sa faune

L'établissement offre actuellement à ses malades toute une série d'activités leur permettant de manifester leurs éventuelles capacités et de faciliter leur réadaptation sociale Activités variées dont l'origine remonte au désir d'améliorer les conditions de vie des malades malgré des possibilités budgétaires limitées C est ainsi quedepuis 1948 et sous l'impulsion du Médecin Directeur le Docteur UEBERSCHLAG s'est élaborée toute une conception de la réadaptation sociale à l'H P dont

l'un des objectifs essentiels est de fournir aux malades une motivation immédiate et suffisante de travail celui ci s'effectue dans un but utilitaire pour la collectivité et son résultat est perçu de façon concrète par les pensionnaires. Grâce à cet aspect et à d'autres facteurs qu'il ne nous appartient de développer ici (D. UEBERSCHLAG - THEALLET - KOECKLIN - Voir notes bibliographiques) , une véritable vie sociale s'est peu à peu organisée à la faveur de laquelle quelques malades ont pu acquérir et conserver une autorité suffisante pour mener à bien leur propre travail ou pour diriger un certain nombre de leurs camarades.

Ce sont les conditions ayant pu soutenir la constitution de telles conduites que nous nous sommes attaché à rechercher et parmi les nombreuses activités d'intérieur et d'extérieur proposées aux malades nous avons retenu les activités de chantier car ce sont les plus proches par leur organisation et leurs réalisations des activités professionnelles correspondantes dans «la vie de l'extérieur» . De plus, c'est dans ce cadre qu'ont pu émerger quelques pensionnaires capables de mener de petites équipes

B - LE CHANTIER

Historique et Réalisations -

L'Hôpital est construit sur une vaste lande marécageuse et inculte (120 hectares) que des travaux importants d'aménagement et de drainage ont peu à peu transformée Devant l'urgence de ces travaux, par nécessité économique et par souci sociothérapique, les premières équipes de chantier furent formées à partir de 1948

A cette époque, en effet, la plupart des pensionnaires avaient pu être répartis en différents groupes de travail , ateliers intérieurs et ferme Restait cependant le groupe des plus «difficiles» pour lesquels aucune tentative de ce genre n'avait encore été envisagée

A l'occasion de la construction d'une route devant faciliter les communications entre certains bâtiments, on essaya de constituer des équipes de travail avec ces derniers malades Il s'agissait pour eux de piocher un mauvais chemin de halage et de transporter la terre assez fertile vers un terrain argileux voisin qui devait par la suite être aménagé en bois de pins Ces essais s'avérèrent très encourageants et actuellement l'Hôpital compte seize équipes ayant des activités relevant du bâtiment et des travaux publics

Les travaux réalisés n'ont rien de comparable à une Occupational Therapy mineure et sont à l'échelle d'un chantier moyen. Citons à titre d'exemple

le drainage de la lande et la canalisation des eaux du Gers;
- la création d'un lac artificiel de 2 hectares dont les alentours ont été organisés en parc d'attractions : promenade, baignade golf miniature, divers jeux pour les enfants et récemment une piscine d'enfants et un petit train électrique. Ce parc est très fréquenté par les habitants de la région ;
- l'aménagement d'un terrain de sports, d'un hippodrome ;
- la construction de routes goudronnées et de chemins sur une longueur de plusieurs kilomètres, de nombreux murs de clôture et de soutènement, de divers ouvrages en pierre de taille et de bâtiments parmi lesquels un grand pavillon comportant la salle des fêtes et les ateliers de serrurerie et menuiserie.

Tous ces travaux sont conduits avec un réel souci de qualité aussi bien dans leur exécution que dans leur finition et leur achèvement donne lieu à une petite fête d'inauguration

Organisation du Travail

Les équipes

Sur le terrain travaillent régulièrement 16 équipes composées chacune de 5 à 20 malades. Elles sont encadrées soit par des employés spécialisés du service économique, non infirmiers,

soit par un personnel infirmier compétent dans le type de travail à effectuer. On compte :

7 équipes de terrassement
3 équipes de maçonnerie
1 équipe de charpente
2 équipes de peinture
2 équipes de plomberie
1 équipe affectée au transport des matériaux et à la carrière qu'utilise l'Hôpital à quelques kilomètres de Lannemezan.

Les heures de travail sont réparties de : 8 heures 30 à 17 heures 30 avec retour aux pavillons pour le repas et la détente entre 11 heures 30 et 13 heures 30. Casse-croûte et boissons sont distribués l'après midi.

L'affectation des malades dans ces équipes est établie par les médecins en fonction de l'état mental du sujet, de ses aptitudes physiques de ses tendances dans un but essentiellement de réinsertion sociothérapique. Entrent également en ligne de compte avant l'introduction d'un «nouveau» dans une équipe constituée le respect du «climat» de celle-ci et les possibilités de sympathie dans le groupe afin d'en préserver au maximum l'homogénéité. En effet, les équipes comprennent toutes un «noyau» fixe, formé de malades dont l'état nécessite une longue hospitalisation et qui sont bien intégrés à tel ou tel groupe. Elles comportent par ailleurs des éléments passagers fournis, soit par des malades qui améliorés seront rendus à la vie active hors de l'Hôpital, soit par d'autres malades qui pour diverses

raisons instabilité, inadaptation «essayent» plusieurs équipes, soit par des renforts selon les besoins du chantier.

Les pensionnaires du chantier comme d'ailleurs tous les travailleurs de l'établissement bénéficient de certains avantages allocation d'argent (0,25 à 1,25 NF. par jour), congés payés dans certains cas, suppléments alimentaires, liberté plus grande, permissions, sorties

Conditions du Travail.

Du fait même de son caractère thérapeutique, le travail sur le chantier s'effectue dans certaines conditions en particulier en ce qui concerne les questions de *délai* et de rendement

1° Aucune date précise n'est demandée pour l'achèvement des travaux exécutés par les équipes de malades Les cycles opérationnels en sont variables se superposant, interférant entre eux ils s'échelonnent entre un et plusieurs mois. Citons

- la construction d'un hangar : trois mois
- le cylindrage d'un chemin : quinze jours
- nivellement : quelques semaines

Plus exceptionnellement, certains travaux ont demandé plusieurs années C'est ainsi que l'aménagement de l'hippodrome a duré plus de cinq ans drainage, nivellement, semi de graines fourragères

Les changements pouvant intervenir dans la constitution des équipes, certaines conditions tenant à la nature du terrain, aux intempéries, expliquent la difficulté de toutes prévisions et on retrouve là des facteurs propres à la vie des chantiers en général.

2° Le *rendement* n'est pas directement recherché Ce que ce terme peut comporter comme sentiment de contrainte, le fait considérer a priori avec un préjugé défavorable Il y a effectivement dans certaines conditions, le risque de subordonner la livraison

du travail à des dates déterminées et de créer de la part des malades et du personnel une tension qui, bien que n'étant pas mauvaise en elle même peut faire reléguer au second plan l'effort thérapeutique et altérer les buts socio-thérapiques recherchés. Le maniement de cette composante du travail dont MM BONNAFE CHAURAND et TOSQUELLES ont justement souligné la valeur thérapeutique ainsi d'ailleurs que celle de la recherche de la qualité et de l'utilité de la rémunération demeure délicat. Certes le travail à l'Hôpital Psychiatrique serait placé «dans la perspective totale de son rôle social» , mais il obligerait le groupe à se faire à la fois acteur et spectateur de son propre rôle. Ceci représente au point de vue de la force et de la tension psychologiques pour reprendre les expressions de JANET une conduite de haut niveau dont l'exercice, s'il est un progrès, comporte un risque de fatigue et d'anxiété il oblige en effet à une auto et hétérorégulation du présent par le futur, en fonction également du passé.

Cependant la notion de rendement n'est pas étrangère aux malades. Il est possible en effet que les travaux effectués aient à s'articuler dans un ensemble de constructions. Ces nécessités sont alors connues du groupe qui en tient compte dans la marche du chantier. Cela se voit également lorsque les équipes sortent de l'Hôpital pour charger un camion de pierres dans la carrière voisine. Les malades s'aperçoivent qu'il n'est pas possible d'immobiliser longemps un vehicule précieux et s'attachent spontanément à le remplir le plus rapidement possible. Ils y parviennent dans un temps identique à celui que mettraient des professionnels quitte à s'accorder ensuite une plus longue détente.

On ne note aucun absentéisme et on constate une grande régularité dans l'effort , par ailleurs aucun accident grave du travail ne s'est produit depuis plus de dix ans. La continuité dans le travail et les investissements affectifs qu'il conditionne, interviennent comme des facteurs très positifs en ce qui concerne l'efficience des équipes, ce qui leur permet d'achever les constructions dans les délais les plus raisonnables.

3° D'autre part, on ne relève bien entendu à l'H.P.L. *aucun des éléments pathogènes propres aux transformations de la vie des chantiers actuels*. Ces éléments interessants à rappeler ont été mis en évidence par **E. CATELAND R. AMIEL** et **J. NOEUVEGLISE** dans une analyse de la situation psychologique des responsables dans les chantiers de construction. En effet, en dehors des problèmes «*classiques*» posés par la nécessité du rendement, l'insécurité du réemploi et l'adaptation permanente à de nouveaux lieux et de nouvelles conditions de travail, existent d'autres composantes anxiogènes. C'est ainsi que, suivant les entreprises et suivant les chantiers dans une même entreprise, la dénomination des postes de responsables recouvre des fonctions très diverses et n'évalue pas toujours à leur exacte valeur les probabilités d'intolérance possible. D'autre part, l'évolution des techniques, la mécanisation de plus en plus poussée, l'utilisation de nouvelles matières, ont profondément modifié les chantiers. La prolifération en grands ensembles favorisée par la rapidité des techniques de gros oeuvre est une source importante de conflits d'autorité. Les auteurs pensent souhaitable afin de les prévenir «que les chantiers soient choisis à la mesure des équipes, et non les hommes des équipes choisis à la mesure des chantiers». Ne peut-on dire que c'est ce qui se réalise dans une certaine mesure à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan ?

Dans de telles conditions travail «protégé», les malades occupés sur le chantier peuvent donc mener à bien des réalisations comparables tant par leur importance que par leur qualité à celles des chantiers extérieurs. Malgré l'absence de compétition, «de lutte pour la vie» qui n'existent pas actuellement en milieu hospitalier, ils trouvent une motivation profonde dans le sentiment de leur *utilité*. Il s'agit, nous l'avons vu, d'assainir et d'embellir, d'humaniser l'Hôpital, ce qui met directement en jeu la responsabilité des équipes, leur procurant ainsi un point d'appui social et une valorisation possible. Le malade retrouve dans le fait de construire un acte ancestral et participe à une oeuvre collective qui dépassant le cadre de l'Hôpital, s'intègre dans la vie régionale

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Il n'existe à l'Hôpital Psychiatrique de Lanne mezan, sur un service de 600 hommes que deux malades capables d assurer un commandement sur autrui et ceci depuis plusieurs années Nous étudierons leurs obser servations (n° II et III) ainsi que celle d un autre pensionnaire qui ne put exercer la même responsabilité que temporairement (observation n° I)

Par ailleurs, une quarantaine d'autres malades peuvent assumer seuls leur propre travail Ce sont pour la plupart des sujets internés pour des états psycho pathiques graves alcooliques chroniques délirants médico légaux. Nous n'en présenterons qu'un cas (IV) nous réservant, au cours de la discussion qui suivra ce chapitre, de nous référer aux autres

OBSERVATION N° I

Dominique F ... , né en 1912. «Déséquilibré mental instable, impulsif et sujet à des ivresses pathologiques : l'abus même isolé d'alcool détermine chez lui la libération de tendances agressives et antisociales» (certificat d'hospitalisation)

Ce malade a été interné à plusieurs reprises :
- en 1937 à l'Hôpital Marchant Toulouse pendant un mois et demi ;
- de 1939 à 1944 à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan ;
- de 1948 à 1954 : dans le même Etablissement

De l'observation de ce malade, coupée de plusieurs évasions et «coups de tête» dus à son instabilité, nous retiendrons les six dernières années. Cette période nous intéresse en effet à double titre. Tout d'abord elle relate l'échec d'une tentative : on avait cru pouvoir confier à cet excellent ouvrier, un groupe de ses camarades. Par ailleurs, l'histoire de cette expérience est aussi celle de la constitution des premières équipes de chantier à l'Hôpital de Lannemezan (1948) .

Dominique F ... ayant été rééduqué et désintoxiqué lors de ce dernier séjour, a obtenu sa sortie définitive en 1954. La compulsion du dossier ne nous apportant que des renseignements trop fragmentaires, nous avons «interviewé» le surveillant général du service Hommes ; Monsieur I .. , connait en effet parfaitement bien tous les pensionnaires du service. Sa mémoire, un don très fin de l'observation, une longue pratique permettent d'accorder toute valeur à son témoignage. Nous avons enregistré nos entretiens au magnétophone, et choisi de les reproduire sous forme de conversation, afin d'en éviter une déformation possible. Nous nous excusons de certaines libertés de vocabulaire et de style volontairement conservées dans un souci de vérité.

Par ailleurs, cette méthode reconstitue de façon particulièrement vivante la «petite histoire» des rapports malades-infirmiers qui échappe bien souvent au médecin. Pour cette raison, nous l'avons utilisée également afin de compléter nos autres observations dans lesquelles nous intégrerons certains passages nous paraissant intéressants.

Voici donc l'observation reconstituée de Dominique F ...

...- Je crois qu'il vaut mieux reprendre le problème comme il s'est posé à l'Hôpital. D'après ce que vous m'aviez dit, on avait cherché ici, au début, alors qu'il n'y avait pas tellement de personnel disponible à créer des équipes ...

...- Oui, dirigées par des pensionnaires ...

...- Et on avait choisi parmi ces pensionnaires, ceux qui paraissaient capables d'assurer ce travail ...

...- Certains alcooliques en particulier, suffisamment lucides pour diriger les autres ..

...- Et dans des activités de ?

...- Terrassement particulièrement ...

...- Le problème qui se posait à ce moment-là était surtout un problème de terrassement et de communications ?

...- C'est çà ... uniquement. Il avait donc fallu faire une route (chapitre précédent) et la première fois que nous avons sorti l'équipe la plus difficile, nous l'y avons accrochée. Nous avons commencé à piocher le mauvais terrain ... qui était à l'état de boue. Quand nous avons commencé, nous n'avions que deux infirmiers qu'il fallait prélever dans le service médical et nous étions très gênés. Nous avons alors pensé à F ... qui rendait de précieux services, aidait d'une façon parfaite les infirmiers à éduquer les malades, à les mettre au travail, à leur apprendre à tenir l'outil et éviter de se blesser.

...- F ... était un professionnel ?

...- Non, c'était un cultivateur de la vallée de X ... Très adroit, il connaissait fort bien le travail.

...- Quel âge avait-il ?

...- 36 ans.

...- Il s'était joint spontanément au personnel ?

...- Oui. Nous avons tous dit : «Il est peut-être capable lui. » Nous voulions «sortir» d'autres malades, mais nous sentions que le groupe était déjà suffisamment chargé et nous n'osions pas l'augmenter car ces malades étaient difficiles. Aussi, nous aurions voulu mettre une autre équipe sur le même chemin à 25-30 mètres de la première pour qu'il y ait moins de danger.

...- Le premier groupe comportait combien de malades ?

...- Au début une dizaine. Puis très vite le groupe s'est porté à quinze ou seize, ce qui était trop.

...- Vous avez préféré à ce moment-là essayer de former deux équipes ?

...- Oui, de six à huit hommes, et c'est pourquoi, faute de personnel, nous avons voulu confier quelques malades à F ... , mais ils se sont plaints très vite de lui.

...- Que faisait-il ?

...- Si un malade ne prenait pas la pelle ... , n'enlevait pas la terre où il fallait, ne prenait pas l'outil dans les conditions voulues ... , ne voulait pas travailler dans l'endroit qu'il lui indiquait, s'il n'y allait pas tout de suite, F ... , lui donnait deux coups de poing ou deux gifles ou un coup de pied, parfois de façon assez brutale. Il ne l'a pas fait au début tant qu'il était à proximité de l'autre groupe.

...- Auparavant, il était bien adapté dans son groupe, il ne manifestait aucune tendance de cet ordre ?

...- Non, absolument pas.

...- Est-ce qu'il avait recherché au début à prendre ce poste de responsabilité ?

...- Pas tellement .. Il l'a fait volontiers quand on le lui a demandé, ça lui a fait plaisir. Mais après ...

D'ailleurs, il n'a fait aucune difficulté lorsqu'on lui a fait rejoindre le groupe où il y avait un infirmier.

..- Au bout de combien de temps, vous souvenez-vous, a-t-il manifesté ce désarroi ?

...- Trois ou quatre mois ... on ne peut pas savoir réellement si F ... , aurait été capable d'agir brutalement avant parce qu'ils sont restés quand même assez longtemps à portée de vue. La question temps ne prime pas tellement. Je crois que c'est surtout à partir du jour où les équipes se sont éloignées l'une de l'autre, par suite de la disposition du terrain..

...- Il avait choisi ses compagnons ?

...- Non, on a laissé l'équipe telle qu'elle était avant de l'augmenter : huit malades environ, plutôt débiles.

...- Assez passifs ?

...- Oui, l'état des malades asilaires, le vieil asilaire de l'ancien temps, s'amusant par exemple à collectionner des bouts de papier ou des bouts de bois, n'importe quoi. C'est là qu'il était dur, surtout quand il voyait que le malade posait l'outil pour se bourrer les poches de «saletés»

..- Etaient-ils relativement faciles à commander ?

...- Oui. Ces malades comptaient souvent 25-30 ans d'internement. Ils n'avaient pour ainsi dire jamais vu l'extérieur de la porte du service. Aussi quand ils ont vu qu'on ouvrait les portes et qu'on les laissait sortir, ce fut un évènement terrible. Avec la fatigue du travail, l'air de l'extérieur, ils se sont vite calmés. Ils ne s'énervaient plus comme avant, enfermés entre quatre murs. D'autre part, quand on les a confiés à F .... , ils étaient déjà un peu formés au point de vue travail par les infirmiers.

...- Ainsi l'expérience s'est rapidement dégradée .. à partir du moment où il a été hors de vue de ses autres camarades ?

...- Il peut y avoir de tout, remarquez. Est-ce qu'il ne se sentait plus soutenu par les infirmiers ? Est-ce qu'il a voulu en profiter aussi pour extérioriser un peu de son sadisme ? F ... était un garçon émotif, sans courage ... Au point de vue sexuel, c'était exactement la même chose. Quand il voulait sortir avec une fille, il buvait pour se donner du courage.

... Ses réactions agressives pouvaient donc provenir de sa peur ?

...- A mon avis, oui. Il a peut-être pensé à des complots. A-t-il cru que s'il ne menait pas le malade «sec» , il recevrait un jour l'outil dans la figure ? Il se présentait toujours comme quelqu'un qui craint de ne pas être maître de la situation.

...- Mais les infirmiers de l'équipe voisine n'intervenaient pas dans le commandement de F ... , lorsque les équipes étaient proches ?

...- Non, absolument pas.

...- Ses difficultés n'étaient pas d'ordre professionnel ?

..- Non, il connaissait bien le métier, mieux que le personnel souvent et sur le plan professionnel prenait une autonomie assez grande. Il arrivait à faire porter les matériaux, à ordonner le travail.

..- Est-ce qu'il avait commandé chez lui ?

...- Je ne crois pas Il ne possédait qu'une très petite propriété.

..- Un bon niveau intellectuel ?

...- Non, il savait lire et écrire, mais faisait beaucoup de fautes. D'ailleurs il a très peu fréquenté l'école.

...- En ce qui concerne sa stature ? C'était un homme...

...- Moyen. Plutôt beau garçon, il avait de l'allure. Une conversation assez agréable, mais il avait un angiome sous l'oeil gauche.

...- Il était sensible à cela, vous pensez ?

...- On se demande. Il ne l'avait jamais dit à personne. Comme malgré tout du point de vue sexuel, il voulait être comme tout le monde, sinon mieux, je crois qu'il souffrait de cette marque.

...- Et sa tenue vestimentaire ?

...- Très bien, très soignée.

...- Presque trop ?

...- Non, mais le maximum de ce qu'il pouvait faire ici. Il était toujours favorisé par les chefs de quartier, par les infirmiers : quand il y avait une chemise ou un pantalon neufs, ils étaient pour lui. Vous comprenez c'était le «précieux» du pavillon. Il y rendait beaucoup de services : entretien, balayage, etc...

...- Un peu un homme de confiance ?

...- Oui, un grand homme de confiance

...- Quand on lui avait donné ce commandement, lui avait-on laissé entrevoir des avantages ?

...- Non, je ne crois pas. Son pécule était naturellement plus élevé. Il était spécialement soigné par le personnel, ça c'est sûr.

...- Il etait sensible aux marques d'estime ?

...- Ah oui ... et il la recherchait cette estime. Il ne savait que faire pour être plus considéré que les autres, mais sans être obséquieux cependant.

... Comment a-t-il réagi lorsqu'il a compris qu'on savait autour de lui ses réactions vis-à-vis des malades ?

...- On est resté là-dessus un peu muet. On ne lui a pas dit grand chose. On l'a laissé dans son équipe, mais on s'est attangé pour y mettre un infirmier. Il a peut-être cru qu'on avait du personnel disponible. Il a de nouveau donné toute satisfaction.

...- Où en était-il au point de vue familial ?

...- Célibataire. Il n'avait que sa mère, étant enfant naturel. La mère était une bonne paysanne.

...- A quoi employait-il son pécule ?

...- Surtout à se ravitailler, à s'acheter des aliments : viande, oeufs, jambon. A plusieurs reprises, il a simulé des maladies (paralysie, maux d'estomac) pour obtenir des suppléments. Il recherchait également des satisfactions vestimentaires. Pas d'économies.

...- Avez-vous des nouvelles de ce malade ?

...- Actuellement il est à Paris. Il m'a écrit encore tout dernièrement, il y a un mois. Il me disait qu'il était marié, qu'il avait été en sanatorium (il avait déjà été traité ici pour tuberculose pulmonaire) . Il disait: «je suis enfin marié avec une femme qui me comprend, je ne bois plus» . Sa femme travaille, lui avait un petit emploi qu'il a dû abandonner pour se faire traiter à nouveau du point de vue pulmonaire. J'ai l'impression que s'il était tombé sur une femme énergique, intelligente, il se serait laisser mener comme un enfant. Jusqu'à présent, il n'avait pu trouver quelqu'un qui veuille se marier avec lui à cause de son alcoolisme

OBSERVATION N° II

Maurice V ... , actuellement âgé de 55 ans, entré le 27 août 1952, à 46 ans, dans le service du Docteur UEBERSCHLAG à l Hôpital Psychiatrique de Lannemezan pour délire hallucinatoire chronique aggravé par un éthylisme très ancien. Il présente des hallucinations auditives à thème de taquinerie : on s'amuse de lui par des micros, on le commande à distance, on fait «tourner des films» dans sa tête. Stigmates d'imprégnation éthylique : tremblement digitolingual, réflexes vifs .

Son père maçon, sa mère repasseuse sont décédés en1958. Le malade a deux frères dont l'un est menuisier, l'autre maçon. Marié, père de deux enfants, il exerce lui aussi la profession de maçon

- A l'entrée

Il se comporte calmement, extériorisant son délire par une attitude absorbée, paraissant «aux écoutes» . Il profère quelques menaces à l'égard de sa famille et de personnes connues de son village, qu'il rend responsables de son internement et de ses persécutions.

Une cure de désintoxication est instituée, et dès la seconde semaine de son arrivée, V ... est intégré dans une équipe de maçonnerie, ce dont il se montre heureux. C'est un homme calme, peu liant, aimant cependant jouer aux cartes. Il donne au début toutes satisfactions dans son travail excepté à certains moments où son délire est plus actif.

Ainsi, en 1953, il traverse une période troublée pendant laquelle ses notes d'atelier qualifient de médiocre son «rendement» : A cette époque, il fabrique une sorte de casque en fer blanc (cercle métallique avec des rondelles de tôle sur les oreilles) pour se protéger de «ses voix» ... «Avec ça, j'entends moins,

dit-il, mais n'y aurait-il aucun produit qui me rendrait sourd pour quelque temps ? Ainsi j'aurais la paix.»

Son état s'améliore par la suite et une sortie d'essai d'un mois est tentée. Un entrepreneur de la région, le connaissant depuis longtemps et appréciant ses réelles qualités professionnelles, désirait en effet l'engager comme ouvrier-maçon.

Cette tentative, située en septembre 1953, se solda par un échec complet. On dût réintégrer le malade douze jours avant la fin de son congé. Il était anxieux, plus halluciné que jamais, avait recommencé à s'alcooliser. Le travail demandé était cependant semblable, d'un point de vue technique, à celui qu'il accomplissait à l'Hôpital, mais s'effectuait dans des conditions différentes. L'employeur n'avait pris aucune précaution spéciale ; après ses heures de travail, Maurice V ... , étant libre, s'était remis à boire. Interrogé récemment sur les raisons de ce retour, il ne répond pas.

Suit une période assez troublée, pendant laquelle il est bruyant, menaçant, hurlant parfois, toujours à l'adresse de ses persécuteurs. Il travaille nonchalamment, est correct envers ses camarades.

En janvier 1957, le moniteur de son équipe, maçon employé de l'Etablissement, demande le changement du malade ... «Ce pensionnaire fait ce qui lui plait, n'accepte aucun conseil, y répond par des insolences et des menaces. »

On place alors V ... dans un groupe de terrassement. Un traitement au Largactil améliore considérablement son état.

- Actuellement :

Nous le retrouvons en 1961, parmi les quelques malades de l'Etablissement ayant une autonomie importante. On constate un enkystement du délire et une meilleure attitude vis à vis de celui-ci.

Fait essentiel, Maurice V ... intégré depuis bientôt 3 ans à une équipe de maçonnerie mais avec un moniteur du service médical, est devenu l'égal de son chef Selon les besoins du chantier, il le seconde, partage avec lui le commandement du groupe, le remplace même lors de ses congés (périodes de dix à quinze jours), menant à bien, avec goût et initiative, les travaux en cours ou à entreprendre. Tous deux s'entendent bien, le moniteur étant très équilibré, très calme.

Les travaux effectués sont des travaux de maçonnerie : murs - ciment - chapes de ciment pour le sol - taille de pierres - travaux de précision, parfois même travaux d'art. Récemment l'équipe et tout particulièrement V ... ont construit une piscine pour enfants, créant une sorte de mosaïque avec des dalles de gravier de marbre, inutilisables dans le commerce à cause de leurs défauts. V ... et le moniteur les ont retaillées au ciseau, réassemblées et sont parvenus à réaliser un travail de valeur esthétique. Cependant, V ... préfère le travail du ciment : «c'est agréable ... on va vite ... ce qu'on fait c'est joli, c'est frais ... »

Lorsque V ... reste seul, le personnel ne s'occupe pratiquement pas de l'équipe dont les tâches ne sont pas modifiéee. Toujours d'humeur égale, sachant reprendre ses ouvriers, lançant une plaisanterie de temps à autre, rien ne le distingue d'un chef d'équipe de l'extérieur.

Par ailleurs, V ... jouit d'une grande autonomie à l'Hôpital. Il rejoint seul le chantier ou les pavillons, passe à la cantine, se rend seul en ville et obtient de plus en plus souvent des permissions de journee pour aller travailler chez les habitants de la région, ce qui lui permet d'augmenter agréablement son pécule. Certaines permissions sont parfois plus longues, mais elles ont alors lieu chez des membres du personnel (un mois récemment).

V ne fait pas d'économies ... «je n'ai pas de raison d'en faire» nous dit-il. Gros fumeur, il achète du tabac et son appétence pour les boissons alcoolisées existant encore, de la bière en quantité modérée Il lit

les journaux, s'intéresse à la politique, a quelques amis.

- L'Equipe :

L'équipe de V ... compte quatre à six pensionnaires. De façon permanente, elle comprend :

- Le moniteur dont on sait le caractère calme ;
- Maurice V ... ;
- Fr ... , ancien alcoolique, débile. Tranquille si on sait «le prendre» . A eu des échecs dans d'autres équipes. Se trouve dans celle-ci depuis plus d'un an et s'y comporte bien.
- B ... , très passif. «Un de ces malades qui travaillent tout le temps, toujours au même rythme, sans jamais accélérer ni plus ni moins, mais gentil quand même.. » Dans l'équipe depuis 5 ans ;
- Cl ... , schizophrène, d'humeur égale.

A ce noyau fixe s'ajoutent parfois un ou deux malades, hospitalisés temporairement et choisis avec soin.

Lorsque, pour certains travaux des renforts sont nécessaires et demandent plus d'une dizaine de malades, un second moniteur est adjoint à l'équipe. S'il suffit d'un ou deux pensionnaires, le chef d'équipe les demande lui-même au surveillant des travaux, en fonction de ses besoins et de leur attitude paisible.

On ne saurait mieux faire, pour exprimer le climat de ce groupe que de reproduire les paroles du surveillant général : «Equipe très calme, à vingt-vingt cinq mètres d'eux on ne sait pas qu'ils sont là. On dirait qu'ils se sont assemblés dans ce groupe, parce qu'ils ont senti que c'était le leur ... »

OBSERVATION N° III

D. Léopold actuellement âgé de 53 ans. Entré à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan, il y a 14 ans, en février 1947. D. a tué son père dans un accès d'ivresse pathologique et présente, sur un fond de débilité, un délire de persécution et d'influence. Placement médico-légal.

Célibataire, ancien cultivateur, D. se comporte à l'Hôpital comme un homme très calme, serviable, d'humeur égale» Il présente un pied-bot, ce dont il ne paraît pas affecté A quelques rares moments, où ayant échappé à la surveillance du personnel, il avait pu se procurer de l'alcool, il s'est montré d'une «violence remarquable» . «Je me rappelle bien, nous dit Monsieur I ... , avoir assisté à une de ses crises d'ivresse : on s'est aperçu qu'il avait bu au moment où on allait se mettre à table. Il avait pris une pile d'assiettes, il a lancé la vaisselle sur la tête des uns et des autres ... il a failli assommer un infirmier avec une bouteille qui se trouvait à proximité ... il a fallu le saisir à toute vitesse avec plusieurs de ses camarades d'ailleurs et les infirmiers qui se trouvaient là. Je me rappelle que cela avait été particulièrement violent. »

Par ailleurs, D ... extériorise peu son délire. Il y a deux ans, apparition d'une période confusionnelle, avec subexcitation et mécanisme d'ordre obsessionnel : il interrompait son travail à chaque instant pour aller se laver les mains et riait lorsqu'on lui demandait la raison de ce comportement.

Actuellement, D ... travaille depuis 10 ans dans une équipe de terrassement et «il s'y plaît tellement qu'on a toujours hésité à l'en sortir, car on aurait pu l'envoyer dans une équipe plus qualifiée. Il faut reconnaître qu'il y rend service : quand le chef n'est pas là, il s'occupe de l'équipe à condition tout de même de savoir un moniteur à quelque distance. Il aime qu'on lui

dise : «Si tu as un ennui, tu as un tel à tel endroit. »

Comme V ... (observation n°II) Léopold D ..... est donc capable de seconder son moniteur, de le remplacer. C'est lors d'un congé de celui-ci, coïncidant avec un manque de personnel, que le premier essai fut tenté par le surveillant des équipes extérieures. Il laissa D ... s'occuper de son groupe tout en restant à proximité et put constater que «tout allait bien» . Actuellement, D ... assure l'intérim pour des périodes atteignant une dizaine de jours.

« Son commandement est très acceptable. Il est doux ... Il dit même une blague de temps en temps. Il sait aussi le ton qu'il faut employer avec les pensionnaires. Il a certainement copié cela sur les moniteurs. Il sait qu'il faut parler un peu sèchement à l'un, tandis qu'il faudra peut-être un peu vanter l'autre, lui dire quelques blagues. Si quelque chose provoque la plaisanterie un mouvement, la tenue d'un outil, ou la façon de faire le travail, il dira : «tu aurais pu le faire plus «biscornu» Il intervient quand le moniteur dit quelque chose. Il le soutient en répétant la même observation, en l'accentuant bien souvent. »

D ... n'a aucun rapport avec sa famille, qui ne s'est jamais manifestée. Il a entretenu quelque temps des relations de camaraderie avec une pensionnaire de l'Hôpital, «ils dansaient ensemble , faisaient une partie de cartes le soir». Il participe aux distractions organisées, utilisant son pécule à l'achat de cigarettes, à la fréquentation de la cantine : café, sodas, bière, et s'organise de façon à pouvoir répartir ses dépenses régulièrement tout au long du mois. D ... s'intéresse à tout : sport, politique, travaux, lit les journaux et regarde la télévision. Il suit même le cours du bétail lors des sorties accompagnées en ville le jour du marché hebdomadaire.

Il n'a cependant pas la même autonomie que V ... en particulier, il ne travaille pas à l'extérieur, étant donné ses antécédents.

- L'équipe :

Elle compte 6 à 8 pensionnaires et comprend de façon permanente depuis plusieurs années :

- Le moniteur d'humeur calme, aimé de son groupe ;
- D ...
- R ... débile, assez passif ;
- S ... - délire hallucinatoire chronique - excitation verbale ;
- A ... , schizophrénie - autisme ;
- V ... , schizophrénie également

Comme dans les autres équipes, s'ajoutent à ce noyau fixe, des éléments temporaires.

Le groupe est chargé d'effectuer des travaux de drainage, nivellement de terrain, maçonnerie, et dispose de l'outillage approprié. Equipe sans problème : le moniteur et D ... se trouvent sur un pied d'égalité, «tout le monde est d'accord pour s'asseoir dix minutes - un quart d'heure, discuter le coup, puis se remettre au travail. »

Lorsqu'un chantier s'annonce assezlong, l'équipe bâtit une cabane qui devient son bien propre. Les visiteurs y sont à peine tolérés et D ... se charge de la décorer : bouteilles, paquets de cigarettes factices, divers objets qu'il dispose sur les étagères. Il en détient souvent la clef.

Il y a quelques années, D ... avait installé à côté de leur cabane, une sorte d'arbre de Noël fait de grandes branches de houx. L'équipe l'avait décoré dans le plus grand secret de toutes sortes d'objets assez hétéroclites, mais qui brillaient (morceaux de papier d'aluminium, ampoules grillées, débris de verre) , l'ensemble était assez réussi et le jour de Noël les «autorités» de l'Hôpital durent venir voir cet arbre auprès duquel toute l'équipe les attendait. Il est de coutume, en effet, à l'Hôpital, que chacun des douze pavillons décore son propre arbre de Noël et reçoive à cette occasion la «grande visite» des médecins et surveillants.

OBSERVATION N° IV

Camille C ... âgé actuellement de 65 ans . Hospitalisé depuis l'âge de 33 ans pour psychose interprétative avec réactions verbales et dépressives, ce malade est entré à l Hôpital Psychiatrique de Lannemezan en 1943 étant transféré de l Hôpital Marchant - Toulouse.

Célibataire, ancien tourneur sur métaux, excellent ouvrier qualifié C ... mène une vie très autonome à l intérieur de l'établissement Sa soeur qui lui rendait régulièrement visite est décédée il y a trois ans.

Monsieur I .. qui fut infirmier à l Hôpital Marchant a bien connu C ... lorsqu'il était dans ce même Etablissement et nous indique qu'il avait pu être occupé à la serrurerie où il disposait du tour à métaux. «On lui laissait faire du bricolage parce que c était un excellent ouvrier. Il fabriquait des briquets à essence et prenait les bouchons de valves de nos bicyclettes pour enfermer les mèches. Mais personne ne lui faisait d'observation, car il était toujours prêt à rendre service chaque fois qu'on avait besoin de lui.»

Il obtenait des permissions assez fréquentes pendant lesquelles il partait pêcher au bord de la Garonne. Par ailleurs, c'était un malade assez tétricent et présentant une antipathie marquée envers certains de ses compagnons.

Le transfert de C ... à Lannemezan s'est effectué dans les meilleures conditions possibles.En effet, Monsieur I ... , qui s'y trouvait depuis quelque temps déjà, pu l'accueillir et le diriger immédiatement vers l'atelier de serrurerie, «le transfert ne le dérangeait pas : il se sentait «protégé» puisqu'il allait dans un Hôpital Il était surtout préoccupé de savoir quelles seraient ses conditions de vie, les avantages et permissions qu'il pourrait obtenir. Il a tout de suite cherché à la serrurerie un petit coin à lui pour y mettre ses affaires . »

Actuellement

C ... fréquente régulièrement l'atelier de serrurerie, excellent ouvrier, il est parfaitement autonome dans son travail et toujours prêt à assurer des dépannages. Laconique, le regard fuyant, il marche tête baissée, il supporte mal les intrusions dans son domaine. Il présente un délire de persécution évoluant par poussées successives et un syndrome d'influence : se dit dirigé par transmission de pensée. Certaines phases actives du délire s'expriment par des idées d'empoisonnement.

Lorsqu'on a installé un tour à métaux dans l'atelier, il en a pris immédiatement possession et fabriqué lui-même l'outillage nécessaire à son travail. S'il accepte volontiers et avec fierté de le montrer, il n'admet pas cependant que quelqu'un d'autre l'utilise. «Tout le monde a compris qu'il ne fallait pas y toucher. Lorsqu'on a besoin d'une pièce, on la lui commande. »

C ... dispose d'un coin dans l'atelier auquel personne n'accède. Il a installé sous l'escalier une caisse où se trouvent ses provisions personnelles et ce n'est qu'à contre-coeur qu'il consent à en montrer le contenu.

En effet, ses loisirs sont presqu'entièrement occupés par tout un commerce dont le but est de lui procurer des réserves alimentaires : viande, vin, fromage, conserves. Il dispose pour ses achats de son allocation d'argent - ne fait pas d'économies - et du produit de la vente de ses cigarettes, de champignons et de châtaignes qu'il va cueillir seul pendant ses jours de permission, et dont il a toujours une réserve. Il lui est arrivé de détailler ses cigarettes, les revendant une par une à ceux de ses compagnons peu riches ... en fin de mois et réalisant ainsi un petit bénéfice .

C ... utilise ses provisions pour compléter ou remplacer les repas qui ne lui conviennent pas, faisant cuire viande, châtaignes ou champignons (qu'il fait sécher pour les conserver) sur la forge de la serrurerie. Cependant, il se présente toujours aux repas, même s'il a déjeuné auparavant «afin d'y prendre ce qui lui plait, le dessert, par exemple. »

Le malade a peu de relations avec ses camarades en dehors de celles nécessitées par ses échanges commerciaux. Il écoute la radio, lit journaux et romans, est au courant de l'actualité. Il ne se rend à la cantine qu'en dehors des heures d'affluence, n'assiste pas aux séances de cinéma.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

Dans le cadre que nous avons présenté, il est possible d'observer :

1° que le rétablissement ou le maintien de conduites d'autorité de malades mentaux est possible;

2° que le nombre de psychopathes qui accède à ces niveaux est différent : très réduit lorsqu'il s'agit du maintien du commandement du malade sur d'autres malades (deux ou trois hospitalisés sur six cent) plus élevé lorsqu'il s'agit de l'autorité d'un malade sur sa propre activité, de sa préparation à son achèvement avec ce qu'il en résulte de contrôle sur soi, de rapport avec autrui, avec les matériaux, avec les machines, dans un espace et un temps donnés (une quarantaine d'hospitalisés sur six cent).

Dans le premier cas, on est frappé par le petit nombre de malades qui arrivent au rétablissement ou au maintien d'une autorité digne de ce nom.

Chez certains, *s'ébauchent* les premières étapes de cette réacquisition qui constitue en elle-même d'ailleurs un progrès notable : tel schizophrène réduit pendant des années à une existence apparemment végétative, vautré dans le sable, débraillé, gâteux, observe à l'insu de tous la transformation du service hospitalier où il est placé. On est tout surpris de le retrouver plus tard

dans une tenue plus correcte accueillant à la porte de son pavillon un groupe de visiteurs les deux mains dans les poches, encore immuable dans son apragmatisme, et leur rendant compte des transformations «Nous avons fait combler les sauts de loup, construit ces ateliers» utilisant le pluriel de majesté et participant ainsi à son niveau aux bénéfices moraux du commandement et d'une création. On peut souligner à ce propos quel signe d'amélioration constitue chez un malade la simple reprise de contact avec son milieu de travail : «Je n'osais pas revenir sur mon chantier, maintenant je vais voir les copains» disait à la veille de la reprise de son travail un traumatisé crânien, plusieurs mois éloigné de ses activités antérieures et se préparant à nouveau à y faire face. Il y a peu de choses à dire ici sur les si fréquentes *réactions d'autoritarisme*, altérations parfois caricaturales des conduites d'autorité où le sujet s'efforce dans un pseudo affrontement, à tirer les bénéfices d'actes dont il n'assume pas les charges.

Plus intéressantes paraissent les *réactions de refus* d'un poste d'autorité ou d'une promotion. Des malades internés semblant capables de pouvoir remplir des tâches de commandement se récusent. D'autres sollicités acceptent de conduire de petites équipes mais bien vite ils se montrent inquiets, impatients, brusques dans leurs gestes et dans leurs ordres et abandonnent ces postes. Interrogés ils demeurent réticents sur la signification de cette agressivité. On saura plus tard ils en feront la confidence à des infirmiers qu'ils avaient peur de leurs responsabilités, de ne pas savoir commander et leur souffrance s'extériorisait sous des formes d'hostilité mineure, mais chargée de menaces plus importantes pour leurs compagnons, un instant leurs subordonnés.

Quelques rares psychopathes internés dans les conditions de l'observation rapportée se sont seuls montrés capables *d'assumer longuement* des postes d'autorité. Il nous a paru intéressant dans la discussion ouverte à ce sujet, d'essayer de mettre en valeur les éléments ayant pu jouer un rôle bénéfique ou pathogène dans la restructuration de ces conduites.

Dans cette analyse, il nous a paru possible et

légitime de nous référer aux études de divers psychopathologistes du travail et particulièrement en France à celles de P SIVADON, reprenant dans les documents que nous avons réunis les déterminantes qui intéressent

1° l'environnement : milieu naturel et aire de travail ;
2° les relations humaines ,
3° le travail ;
4° les matériaux.

I - L'ENVIRONNEMENT

Nous ne reviendrons pas sur la description générale de l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan Mais dans l'étude de ce milieu, il importe de préciser selon des règles géographiques (1), trois caractères essentiels

a) l'espace
b) la distance
c) la différence de niveau

a) L'ESPACE

C'est à dire la surface non seulement occupée, mais occupable, se répartit en une unité de 120 hectares, ce qui pour une population d un millier de personnes constitue un bien ni trop petit ni trop important, chacun pouvant sans «étouffer» ou se sentir «perdu» , bénéficier d'un minimum de place au soleil et sur la terre. Cette surface se conçoit avec aisance dans l'expérience commune des lieux, et favorise le jeu des alternances souhaitables entre l'isolement et la participation sociale, la dépendance et l'autonomie, le repli sur soi ou l'ouverture sur autrui. autour des pôles d'attraction ou de répulsion que peuvent constituer à un moment donné les centres de soins, de loisirs de contacts avec l'extérieur

(1) **Jean BRUNHES**. Géographie Humaine - P.U.F. - 1947 .

Ceux ci fait remarquable à rappeler se trouvent dans le cas présent favorisés par des aménagements multiples : lac, terrain de sports, jardin de jeux pour enfants - ouverts librement au public et très fréquentés par la population.

L'espace est **un élément fondamental dans l'adaptation au milieu naturel** L immature, ou le sujet en phase de régression, le structure mal. Ils doivent en faire la reconnaissance progressivement.

Ce réapprentissage pour être fécond nécessite un **climat de sécurité**. L'observation F . , montre à la fois combien les malades longtemps enfermés éprouvaient le sentiment douloureux d'être claustrés dans un pavillon, mais combien aussi se dégradait leur comportement dans une zone trop vaste, un équilibre favorable à la cohésion de l'ensemble et de chacun ne se retrouvant que dans une aire proche du pavillon Avant de se mouvoir dans un périmètre plus vaste le grand malade mental doit restructurer des aires plus intimes. Ainsi, l'expérience montre l élargissement progressif de cette prise de possession de l'espace Telle malade dont la réputation de dangereuse est solidement établie, redécouvre en quelques semaines à la faveur d'un traitement neuroleptique, un champ spatial limité d'abord à son lit, puis à sa chambre, ensuite à sa chambre et au couloir qui lui fait face Elle se risque dans les salles du pavillon, l'entrée, puis le réfectoire et peut bientôt, accompagnée au début d'une infirmière qu elle accepte et qui la soutient, circuler dans l'Hôpital et ses environs.

D'autres malades, longtemps «internées» , encouragées à sortir hors du pavillon refusent au début ces propositions ; les plus lucides expriment leur appréhension Certaines se maintiennent spontanément, bien que pouvant se déplacer plus loin, près des fenêtres sous le regard de la Soeur responsable de l unité de soins. Puis, de manière progressive, l exploration s élargit et telle malade au début inhibée se trouve capable en rendant service de se déplacer d'un pavillon à un autre, comme prise en charge par deux tours de contrôle, à la fois envoyée par l'une, attendue par l'autre, s'exhal-

tant dans la redécouverte de ses aptitudes Puisant là de nouvelles forces, se trouvant moins dépendante, elle se sent «reconnue» par autrui et ne tarde pas à bénéficier dans la communauté hospitalière et au dehors de témoignages, gratifications et égards sous diverses formes

Dans le passage d'une dépendance étroite à une autonomie plus importante, le malade abandonne la base de sécurité que peuvent constituer son lit, la chambre, le pavillon pour des bases plus avancées, plus fragiles, moins protégées, mais où il expérimente sa liberté, où il en goûte le prix, quitte à revenir lorsqu il éprouve le «vertige» de ces sorties, trouver un nouveau refuge sur ses premiers appuis

Dans cette démarche, au début incertaine, le malade qui sort de sa «coquille» *cherche à investir l'espace d'objets rassurants* : le vêtement - protection première- qui favorise à l'occasion de «la sortie» la reprise de conscience de sa propre image, au travers de celle qu'autrui lui renvoie, de son personnage de son nouveau rôle notamment professionnel Bottes, vestes et cottes de travail soutiennent, facilitent les gestes, les attitudes et en fait, tout un jeu d'identifications quasi impossibles dans la relation dépassée - gardien en blouse blanche et clefs en mains - fou en uniforme délavé.

Les accessoires du vêtement prennent vite également une place essentielle. Ils se différencient de l habit au fur et à mesure que le malade parvient à une maturation plus grande dans sa personnalité Aux pièces d'argent, aux billets parfois hors de cours, aux croûtons de pain, placés dans les doublures, aux paquets informes trainés partout contre soi, objets auxquels s'attachent tant de valeurs affectives (1) , sécurisantes, - conduite dont la signification peut rejoindre celle de l'enfant, qui emporte une collation de chez lui à l'école, ou de l'ouvrier, qui emporte au chantier dans sa gamelle un peu de son foyer se substituent des accessoires qui restent chargés des mêmes contenus. Ils permettent tout en maintenant la constance du moi, des échanges plus libres avec le monde

(1) **H. FAURE** L'investissement délirant des objets - Evolution Psychologique 1 953.

extérieur, qu'il s'agisse du monde matériel, mais aussi des différentes personnes avec lesquelles le malade se met à entrer en relation

Cette libération entraîne évidemment *une plus grande tenue* où s'affirme la dignité du sujet vis à vis de lui-même et des autres, et facilite l'établissement de liens nouveaux plus nombreux et plus polissés Parmi les handicaps levés, celui des odeurs que «trainent» avec eux certains malades, nous a paru des plus notables les odeurs et les spectacles étant plus profondément ressentis comme écoeurants que d'autres formes de perceptions désagréables (le bruit par exemple)

Au delà de ces appartenances immédiates, les espaces d'intimité se peuplent *de tiroirs, d'étagères, d'armoires, de coins* : coins de dortoir, places de coin données «au bon travailleur», au malade «précieux» Les malades qui font l'objet de nos observations, se trouvent avoir pour deux d'entr'eux des lits de coin, le troisième couche dans une chambre à trois lits situation actuellement privilégiée «Il ne cherchait qu'une chose à la serrurerie, dit le surveillant de C ... , avoir un petit coin pour y mettre sa musette, sa petite bouteille de vin en réserve et son beefsteack quand il pouvait en avoir. » Il a maintenant au même endroit, dans l'angle, sous l'escalier tournant, un coffre, peut-être deux Il y conserve des châtaignes, des champignons. Endroits secrets, respectés, défendus

Au fur et à mesure que s'agrandit l'aire de travail le recours à de nouvelles bases de soutien se manifeste. A côté de l'asile, sur ses terres, mais au-delà des murs, s'éloignant ainsi de forces protectrices, mais contraignantes, s'établissent les *chantiers*. Nous ne reviendrons pas ici sur leurs caractères généraux, mais sur le fait remarquable que constitue la construction de cabanes par les équipes de malades

Ces cabanes sont construites par les groupes dès la prise de possession d'un nouveau chantier, naissant avec lui, disparaissant par la suite. Dissimulées, hors des voies de passage fréquentées sous des arbres, se confondant avec eux, construites de genêts, de ma

tériaux de récupération, au ras du sol dans un repli de terrain, derrière un mur, ces huttes constituent le pôle de regroupement de l équipe sur le lieu de travail Ces abris sont protégés plus par leur modestie et discrétion que par de véritables défenses Un seul porte en inscription «Attention, piège à loups» , plus par jeu que par menace. Ce sont surtout des huttes protectrices, aimées - «Villa Chez Nous» - constituant un lieu d'intimité où au cours de l élaboration de ce travail, nous étions «invités» à pénétrer et à boire avec l équipe une tasse de thé chaud .

Auprès du feu de bois, à la faveur de ces pauses impromptues il nous était donné de percevoir ces réconforts inéffables de l abri

Entre les blocs des pavillons, la forme massive de l Hôpital et ces modestes cabanes la cour et le chantier se concrétisent toute la dialectique du grand et du petit du dedans et du dehors, les craintes et les désirs qui s'y rattachent, les retentissements qui en naissent, perceptibles beaucoup plus dans la création commune que dans un témoignage verbalisé

Au-delà enfin, «dehors» c'est chaque fois que possible «*chez soi*» la maison retrouvant son rôle maternel, bien souvent dernier relai d un rétablissement plus complet

Chaque fois que toutes choses égales par ailleurs, les soutiens qu apportent **les aires de travail restreintes sont négligés, des signes de souffrance** ne tardent pas à apparaître, d autant plus évidents que la marge de tolérance de certains malades à toute frustration se trouve réduite On assiste alors à une altération de l activité, à des troubles caractériels (observation F ...) , à des équivalents d anxiété, voire des exacerbations psychotiques.

C ... , dans son coin d'atelier, soutient sans difficulté son personnage social, mais, hors de l enceinte de l Hôpital, il adopte une attitude bizarre, s'extériorisant dans une démarche oblique ; il fuit tout contact avec un tiers envers lequel il établit cependant des re

lations de politesse correctes, dans le périmètre de l'établissement et à plus forte raison dans son atelier.

Cette observation peut se rapprocher de celle d'un comptable qui, après une phase psychotique grave, se trouve capable de reprendre ses activités sur machine, dans le bureau de son supérieur, mais se trouve pris de panique dès qu'on lui propose le même travail dans un bureau isolé à quelque cent mètres des services généraux où se trouve son protecteur.

b) LA DISTANCE

Constitue un second facteur intervenant dans le déterminisme des rapports interhumains à l'Hôpital et jouant là encore un rôle sur le plan thérapeutique. Distance comme *obstacle à vaincre*, qui se mesure en temps et qui participe à la réorganisation de ces repères temporo-spatiaux si souvent altérés chez les grands psychopathes. Distance également comme *protection entre soi et autrui*, témoin d'un style de relation riche de significations, dans l'altération ou le rétablissement de liens interpersonnels ou intergroupes. Il se trouve que l'Hôpital de Lannemezan offre dans son plan des trajets qui ne sont ni dérisoires ni excessifs, et permettent une étude quasi géométrique des zones explorées par les malades en fonction des distances parcourues soit à pied, soit au moyen de véhicules divers (bicyclettes, voitures à cheval, à moteur : camions, tracteurs).

La «*portée de vue*» est une sorte de mesure archaïque de la distance, qui compte tenu de la configuration du terrain, nous a paru fondamentale dans beaucoup de nos observations.

Dans l'observation F ..., on relève que le comportement d'autorité de ce malade si son groupe se trouble dès qu'il s'éloigne hors de vue de l'équipe «mère». C'est à ce moment là que se manifestaient son autoritarisme, sa brutalité, nés d'une peur soudain éprouvée.

«Ne plus voir» l'Hôpital autre forme, dans son

opposition, de relation avec l Etablissement et ce qu'il peut symboliser, apparaît encore dans le choix de l'implantation des cabanes dont nous avons parlé plus haut La distance là aussi n'est ni trop faible ni trop longue par rapport aux pavillons, auxroutes d'accès, aux chantiers voisins.

Le même souci intervient dans le plaisir évident des équipes lorsqu'elles partent en camion à une dizaine de kilomètres vers la carrière louée par l'Hôpital L'empressement qu elles mettent dans le chargement, la conscience de ne pas immobiliser trop longtemps un véhicule précieux témoignent que les malades, malgré leur joie de ne plus voir l Hôpital pendant quelques heures, lui demeurent étroitement liés jusqu'à s'identifier aux responsables de sa gestion. *Au delà d'une certaine distance, l'angoisse peut à nouveau se manifester* : un monteur en chauffage, traumatisé crânien, ne peut effectuer son activité au-delà d une distance de 80 kilomètres à partir de son domicile Lorsqu'il dépasse ce périmètre, il présente une véritable pantophobie qui a nécessité à plusieurs reprises son transport d urgence dans son foyer.

Progressivement, d'une manière empirique au début, avec plus de précision actuellement, et ceci en fonction des appuis, des bases déjà envisagés, il est possible de prévoir pour les responsables «*jusqu'où*» peuvent aller les équipes de malades, et à l'intérieur de celles-ci, jusqu'où tel ou tel malade peut bénéficier d'une autonomie «spatiale».

c) LA DIFFERENCE DE NIVEAU

Troisième conditionet facteur de travail et peuplement humain, selon les travaux des géographes, auxquels nous avons convenu de nous référer, n'a pas été sans intervenir comme élément positif dans l'animation progressive de l'Etablissement. Sans pouvoir être comparée à l importance que prend la différence de niveau dans l installation, par exemple, d'un chantier de haute montagne, celle-ci a joué un rôle capital bien que moins

immédiatement perceptible pour l étude du milieu naturel. Les eaux stagnantes, malsaines ou sauvages se sont trouvées asservies et domptées par les équipes de malades participant à la construction d'un lac artificiel, au drainage de la lande, aux chutes d'eaux et aux cascades qui donnent vie à cet ensemble

II - LES RELATIONS HUMAINES

Sont à étudier selon le principe d'autorité en cause:

1° en groupe - pour les équipes dont le commandement peut être assuré par un malade dans les conditions décrites.
2° de personne à personne - pour les malades qui contrôlent leur propre tâche

1° EN GROUPE

Si on se réfère à la définition psychologique du groupe, à savoir : «Une structure vivante et active à l'intérieur de laquelle les individus sont en nombre suffisamment restreint pour qu'ils aient la possibilité de réagir les uns sur les autres, tout en se considérant comme membres d'une même collectivité, unité susceptible de tension et de remaniements internes», il convient d'apprécier *si* les équipes de chantier décrites ici présentent *les caractéristiques d'un groupe.*

Une observation superficielle de ces malades au travail pourrait faire infirmer le premier point, à considérer seulement la rareté des échanges verbaux, l'isolement apparent où se figent certains exécutants, donnant par instants l impression d individus qui oeuvrent côte à côte, mais sans liens entre eux Il n est guère possible, là encore de recourir comme méthode d investigation à l'interrogatoire de chacun Lorsqu'on s'y essaie, on est surpris le plus souvent de la discordance entre la qualité

des aptitudes professionnelles et la banalité, voire la pauvreté des réponses verbalisées. Des clichés, des phrases laconiques, des expressions ambigues traduisent beaucoup moins une indigence que contredit l'ensemble du comportement qu'une réserve, une pudeur dans l'analyse des sentiments liés au travail. Celui-ci qui peut constituer un mode priviligié de rencontre humaine se charge ici de trop d'investissements affectifs pour s'exprimer aisément. C'est donc dans les «lapsus» du travail, dans ses démarches secrètes, qu'il convient de noter *au cours des interactions mineures de la vie quotidienne des équipes, ce qui peut être significatif de la vie d'un groupe authentique.*

A l'origine (observation F..., observation V...) quelques malades très encadrés par des moniteurs sortent des pavillons, s'unissent dans une tâche concrète qui, en quelques jours, en quelques semaines rassemble en face des *mêmes nécessités, des mêmes rythmes, les mêmes personnes*. Dès les premiers jours s'opère une sélection : quelques malades manifestant leurs intolérances à ce type d'activité par des réactions de refus qui font reconsidérer leur affectation. D'autres peuvent, dans ce premier temps, se borner à assister au travail de leurs camarades.

«La pate travaillée ensemble nous rend frères», et les impératifs de l'ouvrage, la *nécessité à un moment donné d'une aide réduite*, mais indispensable (maintenir un pieu qu'un autre malade commence à enfoncer, endiguer avec une pelle l'eau déversée sur le ciment) ont raison des dernières inhibitions. Ainsi se soudent insensiblement dans un affrontement progressif les premières forces qui sous-tendent l'organisation naissante d'une «structure active et vivante». Cet apprentissage prend les caractères d'un apprivoisement où chacun, moniteur comme malade, se familiarise avec autrui dans un climat de sécurité et au travers d'une activité commune.

Ces mécanismes de formation du groupe sont archaiques. Ils procèdent d'une relation par accoutumance assez différente de celle que l'on peut observer au cours de psychothérapie de groupe, de cures de sommeil collectives dont H. FAURE schématise ainsi les quatre

phases : adaptation - régression - tension - réharmonisation. *D'un «lot» de malades* (l'expression grossière montre bien l'inorganisation initiale) *se dégage peu à peu, par le travail, un groupe qui, pour subsister doit obéir* **à un certain nombre d'exigences**.

Au travers de l'expérience acquise, comme le montrent les observations, il convient de conserver à ces unités *une faible densité* : 4 à 10 sujets présentant des caractéristiques suffisamment homogènes dans le développement de la personnalité. L'observation F permet de noter la naissance quasi spontanée d'une seconde équipe, à partir d'un chiffre trop élevé de malades dans l'équipe «mère» . Les observations montrent que les malades D ... , V ... , F ... , se sont trouvés promus à des postes de commandement sous l'emprise là encore de la nécessité insuffisance numérique à l'époque, du personnel d'encadrement et besoins seconds entraînés par la mise en train d'activités nouvelles.

Parmi ces malades ainsi promus l'un (F ...) n'a pu soutenir un rôle d'autorité L'étude du cas permet de rattacher l'altération de cette conduite à la peur de la responsabilité, surtout lorsque celle-ci avait à s'exercer (nous l'avons analysé au paragraphe précédent) en dehors d'une certaine aire de sécurité Cette peur s'extériorisait chez F ... , par des formes plus ou moins dangereuses d'agressivité sur ses camarades.

D ... et V ... , par contre, ont su conserver des fonctions d'autorité digne de ce nom depuis plusieurs années sur leurs compagnons, mais au prix du respect très attentif d'une densité réduite des groupes qu'ils commandent et de leur *homogénéité*

La forme de commandement adoptée par ces responsables peut être de ce fait plus libérale, la présence d'un leader d'autant plus ferme que le groupe est dense, étant une notion déjà familière de psychologie collective Elle correspond au caractère de ces deux malades qui se reflète dans celui de leurs deux équipes De celle de D ... , il est dit : «elle est toujours calme» , elle ne fait pas de bruit Jamais une parole plus haute que l'autre. » Ce sont tous des «pacifiques» . Ils s'entendent

bien et «n accepteraient pas avec eux des gens bruyants» D donne ses instructions, laisse faire l exécutant, lui donne si c est nécessaire des encouragements par sa présence, au besoin par un coup de main Il est «atten tif» . Il contrôle à la fin le travail, le sanctionne, ex- primant sa satisfaction en roulant une cigarette avec ses camarades, ou les reprenant d une phrase d ironie non accablante : «Dis, tu n'aurais pas pu faire ce mur plus tordu »

Les modes de relation entre responsables et su- bordonnés, sont par ailleurs constants, précis, bien définis, n entraînant de ce fait aucune ambiguité, aucun court-circuit. D ... soutient quoiqu'il arrive l'avis de son moniteur Il trouve en lui un recours possible Là comme dans les autres observations réunies, les malades n ont pas la charge absolue de la responsabilité Ils conservent la possibilité de se référer à un moniteur, ils savent quand et où le trouver Autant peut être enri- chissant au travers de l'exercice d un commandement, un effort de personnalisation grâce à un rôle précis dont l'utilité est évidente pour le groupe, autant convient il d'éviter la trop vive anxiété qui peut jaillir d une trop grande solitude dans une tâche de responsabilité sur autrui, chez un sujet encore fragile.

Des chargements soit de travail, soit de personnes, entraînent parfois des tensions et remaniements dans les groupes Il appartient aux médecins et à leurs colla- borateurs d'éviter des bouleversements trop massifs, trop imprévus dans l'organisation des groupes soit en retirant, soit en introduisant brusquement trop de sujets hors ou dans les équipes primitives Ces *remanie- ments* doivent s articuler autour de points d appui cons titués soit par un noyau «d anciens» , soit par la tâche à effectuer qui conserve sa propre dynamique et entraîne le nouvel ensemble Dans les faits, l introduction d un autre malade dans le groupe est toujours l objet d un examen attentif tenant compte des affinités vraisembla- bles (en rapport avec les appartenances, le niveau de maturation mentale) et de la nécessité d une cooptation progressive d un élément étranger par le groupe

En dehors des relations interpersonnelles à l'in

térieur du groupe, à l'occasion du travail qui le «cimente», facteurs intrinsèques, jouent *des forces de cohésion extrinsèques*. Le groupe acquiert pour le reste de la collectivité, vis à vis des autres chantiers de l'Hôpital, sa propre figure Il se personnalise Il est désigné par le nom de son responsable : l'équipe D ... - l'équipe V ... . Au cours des années chaque équipe enrichit sa propre histoire, participe à des créations nouvelles, y trouve des références, des soutiens, des sources de gratifications diverses, qui renforcent son unité, l accréditent auprès de la collectivité

La conscience d'une unité a des occasions de se concrétiser Nous avons dit l'accueil aux médecins sur les chantiers D. et V. Le symbole le plus remarquable, outre la construction des abris, en a été à un dernier Noel (1955) la décoration spontanée d'un «sapin» (observation III) Alors que des arbres étaient dressés dans les pavillons, cette équipe de chantier à la surprise de tous invitait quelques moniteurs à ce Noël imprévu, «chez eux»

2° Les relations humaines DE PERSONNE A PERSONNE pour les malades qui contrôlent leur propre tâche sont étroitement liées aux règles qui se rapportent au travail Nous les décrivons avec elles dans le paragraphe suivant.

III - LE TRAVAIL

A - Les études des psychopathologistes, qui se trouvent vérifiées dans nos observations, soulignent l'intérêt, dans la facilitation du rapport de l'homme à son milieu, *de contacts aussi directs que possible avec le monde matériel*, sans utilisation d'outils ou d'instruments complexes

Ceux-ci sont en effet à même de faire écran entre le sujet et son activité Ces obstacles ne sont surmontés que dans la mesure où l individu reste capable de suivre son effort au travers des rouages compliqués de l intégrer à un ensemble et de conserver ainsi le bénéfice de sa propre action Cela nécessite la mise en oeuvre de fonctions mentales plus élevées dans la hiérarchie des conduites (attente, prévision, abstraction) , mais aussi plus fragiles, altérées chez bien des psychopathes ou n émergeant qu au prix d une tension rapidement menaçante Il est évident par contre que des *outils familiers*, depuis d élémentaires instruments percutants (marteau, pioche) ou tranchants (ciseau - hache - scie - pelle), jusqu à des appareils au maniement plus délicat (truelle levier, poulie, grue treuil, échelles et échaffaudages) servent la main active la prolongent l arment de forces puissantes et lui donnent maîtrise, assurance et plénitude Evoquant le travail du tailleur de pierres G BACHELARD souligne «le marteau a ici la toute puissance de l'acte unique, de la décision péremptoire Il faut casser sans fracasser, jouer finement en artiste d un petit coup sec»

Cette équilibration par l outil se trouve chez certains membres de l équipe D Un arriéré profond confié à D ... est d'abord l'objet de peu de sollicitude - «Que veux-tu que j'en fasse ? » dit D ... au surveillant qui le lui présente Mais quelques jours plus tard «Il s est bien mis à la brouette Je peux le garder » Observation fréquente où un outil arrache un psychopathe à son apragmatie, le mobilise et le sert autant qu il est servi.

De gros engins jouent également un rôle bénéfique dans la restructuration de la personnalité et la cohésion d'un groupe Nous avons vu l'attachement des équipes de chantier à «leur» camion Un médecin du travail a pu observer un schizophrène réadapté comme servant d une grosse bétonneuse qui couche la nuit dans sa machine et ne vit pratiquement qu'avec elle et que par elle. Le soutien de ces engins, leur force sécurisante - le fait seul de savoir que l'on peut avoir recours à eux en cas de nécessité, se perçoit en diverses occasions - ainsi

autour d'un compresseur ou d'un bulldozer dont l'arrivée est attendue et fêtée comme un évènement à l'Hôpital Psychiatrique : «Il est là»

La communion avec l'objet, la machine, se retrouve dans l'observation C ... , où se voit également le rôle bénéfique d'un *travail favorisant l'expression personnelle* à la serrurerie et à la forge. «Personne ne touche à son tour, il en a fabriqué tous les accessoires Il en est fier et heureux. Lors de notre passage, vous avez vu, il a ouvert son placard, vite, pour nous montrer ce qu'il avait fait. Il ne supporterait pas qu'un autre le manipule. Si L ... (le chef d'atelier) l'utilisait un jour, C .... serait, certainement, gêné pour lui en faire la remontrance, mais ensuite L . aurait des difficultés pour lui commander autre chose. C .... lui dirait sûrement : «tu vois, ce tour tu me l'as déréglé, il ne va pas bien. Je ne peux plus m'en servir. » Ce ressentiment est vécu comme une intrusion, une agression quasi corporelle intimement douloureuse Le couple Homme-Machine peut former une unité que l'on **ne saurait dissocier sans risque** Un psychopathe n'accepte son internement, par exemple, qu'à la condition d'être admis à l'Hôpital avec son métier à tisser. «Je ne suis plus rien sans lui » De tels objets prennent dans bien des cas la valeur d'une véritable **«prothèse mentale»** qu'il convient de reconnaître.

B - Le second aspect du Travail est de favoriser *l'identification* aux parents ou aux maîtres (enseignement - autorité subalterne) .

Le rôle du *costume* a déjà été souligné. Il est nécessaire de le rappeler ici et de redire toute l'importance qu'il y a pour le malade à dépouiller un uniforme de «fou» pour endosser un bleu de travail qui le rend soudain *semblable* à son moniteur «On ne sait pas, disait un visiteur, si on s'adresse à un malade ou à un membre du personnel » Remettre une tenue de travail à des malades n'a pas été au début sans susciter des oppositions de

la part de certains C'est ainsi que l attribution de blou ses blanches à de jeunes malades, lors de la fondation d une Ecole ménagère à l Hôpital, a provoqué encore récemment des critiques de membres du personnel médical, se défendant par là d'une identification à l'envers infirmier - malade

Facilitations, valorisations premières qui peuvent avoir ultérieurement des prolongements plus riches Ceux ci se manifestent dans le *langage*, notamment dans le recours au vouvoiement et au tutoiement entre moniteurs et malades Il faut savoir que dans la région les relations parents enfants s établissaient il y a encore une trentaine d'années par le vouvoiement, le «vous» prenant signifi cation de respect et de tabou S il faut écarter de cette analyse les sujets qui utilisent sans nuances, de manière systématique ou le «tu» ou le «vous» il est par contre intéressant de voir le cheminement des relations inter personnelles entre malades travailleurs et moniteurs au travers de ces formes grammaticales Si V conserve de ses appartenances professionnelles le tutoiement facile des compagnons du Bâtiment avec les personnes de son milieu, C ... et D ... , au cours de leur rétablisse ment et de leur accès à des postes d autorité ont affronté les crises que traverse celui qui passe d'une situation de dépendance à une situation d'autonomie et cherche à se situer et à être reconnu dans un nouveau rang, à devenir un «adulte» On peut saisir toute la difficulté de ce cheminement chez D . , dans l observation duquel il est noté, de la main d'un infirmier : «Vaniteux - se prend pour un aide moniteur» , mais qui s impose peu à peu dans et par son travail, qui arrive à diriger une équipe de malades dans les conditions que l on sait et qui, plusieurs années après rencontrant sur le chantier en l'absence de tous témoins le surveillant chef qu il vouvoyait jusqu'alors se met soudain à le tutoyer . «Je crois qu'il m a jeté comme un défi, mais c'était aussi par estime et par sympathie Je n'ai pas bronché et depuis nous nous tutoyons mais seulement quand nous sommes entre nous D souhaitait depuis longtemps que nous parlions d égal à égal, d'homme à homme, mais ça lui était très difficile » Dans ce témoignage de l ex cellent observateur qu est le surveillant, compte tenu pour cette génération des retentissements de la forme

du vouvoiement dans les échanges enfants-parents, se découvre l'importance de ces mots. La scène rapportée, cela n'est pas pour nous surprendre, se passait dans le même temps que s'affermissait l'autorité de D ... sur son équipe.

Les mêmes remarques se retrouvent dans l'observation de C ... , qui, professionnel qualifié, s'est imposé par sa compétence de serrurier, aux moniteurs qu'il tutoie. «Il se met un peu à égalité avec son chef d'atelier. S'il sait qu'il n'est qu'un peu son égal, il sait aussi qu'il est bon ouvrier. Il a tendance à nous (les surveillants) considérer comme ses camarades. » Il tutoie tous les jeunes infirmiers, tutoiement qui là est celui d'un vieil aîné.

C - Ces remaniements ne vont pas sans libérer toute une agressivité

Il en est des exemples dans l'observation F ... , où la peur se décharge en actes d'autoritarisme, injures et coups à l'endroit de ses compagnons, au moment même où cette équipe creuse dans la boue, un chemin. La pâte n'a pas d'ennemis, dit le psychanalyste K ABRAHAM. Ne peut-on penser qu'une partie de cette agressivité aurait pu s'investir autrement si F ... avait eu l'occasion de se heurter alors à des matériaux moins passifs, plus durs que la boue ?

Les tâches permettant le développement de l'agressivité (démolition, extraction de pierres à la carrière) précèdent bien souvent sur les chantiers de l'Hôpital, les stades de construction et suscitent une participation très générale. Un délirant halluciné dont la violence a provoqué la peur de ses proches : - il s'est acharné à coups de barre de fer sur une vache, jusqu'à l'assomer, au cours d'une phase d'exacerbation psychotique, peu avant son internement - est intégré dans une petite équipe de terrassement en raison de ses aptitudes à dynamiter

les blocs de pierre Il acquiert ainsi l'estime de ses moniteurs et retrouve une possibilité de communication socialisant selon l'expression de SZONDI, dans cet opérotropisme de fortes pulsions sadiques

- Enfin parmi les éléments favorisants, liés au travail, doit être relevé *un dernier fait*

La possibilité pour les malades, dans leur tâche d'autorité, sur les chantiers, d'adopter *un rythme personnel*, de conserver dans leur équipe des compagnons, marchant «au même pas» : «Ils sont lents tous, ils s'entendent bien» dit-on de l équipe D ... - possibilité d'être en général libres de leurs temps de pause, contemplant alors la progression de l ouvrage dont la construction superpose une suite de cycles opérationnels de durée relativement courte (transport de pierres préparation du ciment étayage, etc ...) dans un ensemble à échelle humaine

IV - LES MATERIAUX

Il nous reste à envisager le soutien qu'ont pu apporter dans les rétablissements de ces conduites d autorité, chez les malades mentaux, les *matériaux travaillés sur le chantier*. Les tâches qui sont présentées dans le microscome que constitue l Hôpital Psychiatrique se sont trouvées, fait remarquable en ce qui concerne les activités de chantier, repasser par des stades de développement très archaiques qui n'ont pu, si on se réfère aux hypothèses de JUNG, ne pas avoir de retentissement bénéfique sur l inconscient collectif résidu psychique de millions d'expériences individuelles, transmis dans les structures de notre cerveau et participant, selon les propres termes de JUNG, «au secret de l Acte Créateur »

A l'origine sur le chantier, se trouvent : des terres humides, spongieuses, gonflées d'eau, à assainir ; des chemins de boue visqueuse, collante, à retracer et empierrer.

Ceci entraîne vite :

la récupération de matériaux plus résistants (démolition des murs d'enceinte qui d'obstacle à la communication deviennent, en dallant les routes, secteurs de nouvelles relations) ;

- la recherche de pierres à bâtir, leur extraction dans le roc de la montagne ; leur transport, leur taille, leurs premières utilisations : routes, murs et plus tard construction de bâtiments.

Ces expériences s'enrichissent alors par l'apport *de nouveaux matériaux*

- bois (étau - coffrage - charpente) , fer, à «*coefficients d'adversité*» divers, plus ou moins dociles, malléables, vivants ; apportant en eux une vie propre, imposant leur rythme de prise à l'ouvrier - «J'aime le ciment» , dit V ..... , «c'est frais» , et il choisit avec attention ses marques, protestant auprès de l'Econome de l'Hôpital «Regardez ce ciment comme il prend mal. » On passe, dit BACHELARD, «de la sympathie pour la substance des choses à la sympathie pour le coeur des hommes» et cimenter, n'est-il pas le synonyme d'unir?

- Matériaux «féconds» : donnant naissance à partir de «riens» à des ensembles qui par leur volume, leur éclat, exhaltent l'étonnement (comme la bulle de savon de l'enfant) ;

- Matériaux «aimables» ne donnant pas, sauf exception, prise à l'anxiété qui nait de la peur de «gâcher» une matière trop précieuse, trop fragile, ne pouvant en cas de maladresse ou d'échec être récupérée, réutilisée;

et *se combinant* aisément par leur simplicité, à d'autres matières (ciment - ardoise bois)

Ces exemples dans leur historique se sont présentés dans cet ordre, sur le chantier qui, à ce titre est également expérimental, tout se passant comme si l'échelle de dureté des matériaux travaillés avait correspondu, tant dans l'organisation des lieux que dans la restructuration mentale des malades, à l'échelle des maturités psychologiques

Au terme de cette discussion, se pose sans doute une question pourquoi les malades dont les observations sont rapportées qui ont recouvré des aptitudes mentales de haut niveau particulièrement remarquables étant donné la gravité des troubles, demeurent-ils internés ? Pour quelle raison ne reprennent-ils pas une activité sociale hors de l'Hôpital ?

L'un d'eux, V ... a eu l'occasion d'un essai Remarqué par un entrepreneur de la région pour ses qualités professionnelles, il fut sollicité On a vu son échec (observation II) les manifestations de son inadaptation dans l'exaspération de ses troubles psychiques et la recherche d'alcool. Echec tenant à diverses raisons, mais notamment autant qu'on puisse en reconstituer les éléments à la méconnaissance dans son nouveau poste, des différents facteurs de soutien par lesquels V s'équilibre depuis plusieurs années dans le chantier de l'Hôpital, et dont nous venons d'analyser les composantes. «Les surcompensations les mieux réussies s'appuient toujours sur un certain nombre de structures archaïques La responsabilité personnelle lorsqu'elle est acceptée par un infirme ou un diminué, est habituellement compensée par des satisfactions égocentriques voire narcissiques, souvent teintées de sadisme. » (1)

Ces recherches sont évidentes dans l'observation

(1) P. SIVADON. La notion de régression fonctionnelle et les techniques de readaptation. *Le Médecin d'usine*, n° 3, Octobre 1956

de F ... , et se perçoivent dans son goût vestimentaire, les soins portés à sa chevelure, ses réactions de brutalité vis à vis de ses compagnons. Elles sont également présentes dans toutes les autres observations que nous avons pu rassembler. L'égocentrisme de C ... , de V ... , de D ... , en dehors de leur travail est remarqué de tous, comme est remarquée chez D ... et C ... , la recherche de satisfactions orales (cigarettes, aliments divers particulièrement sucreries, gâteaux, charcuterie) , en dehors de leurs repas, lors de pauses qui rappellent celles des écoliers. Des temps prolongés d'hospitalisation, des attachements aux objets et aux personnes, le sentiment de participer à une oeuvre collective dépassant le cadre de l'Hôpital, *la rareté encore regrettable de moyens de réadaptation intermédiaire entre l'Hôpital et la vie professionnelle*, l'écart des exigences entre un milieu de soins et le monde du travail, l'angoisse du changement, sont autant de facteurs capables d'avoir favorisé des fixations qui, si elles ont des inconvénients, ont également leurs vertus.

Ces observations dont le développement couvre plusieurs années, antérieures à leur début, à la découverte des neuroleptiques, témoignent, certes, d'un moment de l'évolution psychotique. Elles nous ont paru avoir cependant une valeur plus qu'anecdotique et par leur aspect expérimental être à même d'enrichir la compréhension de l'homme dans ses rapports avec le travail

CONCLUSION

Nous avons vu à quel niveau élevé se situe l'exercice de conduites d'autorité, telles que nous les avons définies, dans la hiérarchie des fonctions psychologiques conduites répondant au stade des tendances ergétiques de P. JANET difficiles à acquérir et à soutenir, nécessitant un certain degré de maturation psychologique et affective.

Que leur maintien soit insupportable à tel sujet insuffisamment évolué, ou qu'un traumatisme diminue momentanément les capacités adaptatives de tel autre et l'on assiste à l'éclosion de signes d'intolérance à des régressions, traduisant la défense de l'organisme devant une réaction psychologiquement trop coûteuse.

Cependant, nous avons pu constater que ces conduites bien que rarement existent chez des psychopathes graves. Nous les avons analysées dans le milieu protégé que constitue l'Hôpital Psychiatrique, société artificielle dépouillée de contraintes, de facteurs anxiogènes propres au «milieu extérieur». C'est ainsi que leur maintien ne nous a paru possible qu'au prix du respect attentif de certaines conditions, et ceci d'autant plus nettement qu'elles s'exerçaient dans des marges de résistance et d'adaptation réduites, avec la sanction rapide de phénomènes d'intolérance.

Ces conditions tiennent à l'environnement, à la nature même du travail, à celle des matériaux utilisés, à la nature des relations humaines qu'il suscite. Autant de composantes susceptibles d'être pathogènes ou bénéfiques et qu'il importe de savoir manier afin de guider le malade à travers une reconquête progressive et contrôlée de son autonomie vers la meilleure adaptation

possible

Les étapes ainsi franchies illustrent la valeur d'un milieu sécurisant, d'apports nutritionnels et affectifs adaptés, en tant que soutiens élémentaires de conduites aussi fondamentales que celles de l'homme au Travail

Par ailleurs, ces indications nous paraissent utilisables en Médecine du Travail, en particulier en orientation professionnelle et en pratique de prévention et réadaptation. Leur connaissance, en effet, peut permettre de sauvegarder des conduites facilement menacées, et intéressant également les relations des travailleurs avec les communautés dans lesquelles ils s'intègrent.

Vu : Le Président de Thèse
PLANQUES

Vu : le Doyen
LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 16 Mai 1961
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ALIZON J. - Les jeunes déséquilibrés à l'Hôpital Psychiatrique fermé. *Thèse*, Paris, 1951

AMADO E., LEVY - VALENSI et VEIL Cl. - Les loisirs et la fatigue - Divertissement ou Récréation *Esprit*, N°6, Juin 1959, pp. 1068-1072

AMIEL R. - La réadaptation du travailleur épileptique *Réadaptation*, N° 20, Mai 1955, pp. 37-40.

- Quelques bilans extensifs de la Médecine du Travail. *Le Médecin d'Usine*, N° 3, Octobre 1956, pp 132-137.

A.M.P. 1959, Tome II, p. 552 - Essais de Sociothérapie dans un service de malades difficiles

BACHELARD - La Terre et les Rêveries de la Volonté *Corti Editeur*, p. 53-81-137

La Poétique de l'Espace. *P.U.F.*, 1957

BALVET - Rapport. *Congrès de Psychiatrie*, Montpellier 1942.

BALVET P. - VERMOREL H. - HOUSER M. - ROULLET A. Aspects doctrinaux actuels concernant l'évolution de l'Hôpital Psychiatrique. *A.M.P.*, 1958, Tome I p. 737

BARATGIN P. - UEBERSCHLAG H. Hôpital Psychiatrique de Lannemezan. *Richesse de France*, N° 4 1950

BAUDRY M. Symptomes d'alarme et Signes de dépistage des troubles psychopathologiques. *Journées Nationales de Médecine du Travail - Bâtiments et T.P.* Marseille, Mai 1960

BAUDRY M. - TATESSINA - DARCOURT C. et G. - Définition du coefficient de sociabilité utilisable en Socio-psychiatrie. *A.M.P.*, 1957, Tome 2, p. 559

BENUSIGLIO L. - La théorie des communications en Psychosociologie industrielle *Hommes et Entreprises - Cégos*, N° 1, 1958

BERNARD J. La réadaptation sociale dans les Hôpitaux Psychiatriques en Angleterre et en Ecosse. *Information Psychiatrique*, 1954.

BERTIER R. - Le Travail de Force en équipe. Thérapeutique d'Hôpital Psychiatrique - Compte rendu d'une expérience. *Thèse*, Lyon, 1952

BINOIS L'adaptation de l'homme à la vie professionnelle. Sélection et orientation. Rôle de la Psychologie appliquée *Annexe des actualités sociales*, N° 5, Mai 1957, Résumé D.O.S.I.S.A.C.M.S

BIZE - Les réactions psychonévrotiques et psychosociologiques en milieu du travail. *Semaine des Hôpitaux*, 1950, N° 47, p. 2277.

BONNAFE L - CALVE J - Quelques données critiques sur des problèmes de Psychothérapie collective et de réadaptation sociale. *A.M.P.* , 1953, Tome 2, p 397

BONNAFE L. - CHAURAND A. - TOSQUELLES F. - Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades. Valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la rénumération. *A.M.P.* , 1947, I, p 209

BONNAFE L. Le personnage du psychiatre *E.P* , 1950, I, 516.

BOUCHET Du Travail appliqué aux aliénés *A.M.P.* , 1848, p 303 et suivantes.

BURLINGAME C.C. - Psychiatry in Industry *American journal of psychiatry*, 1949, 106 : 7, pp. 520-528

CALMELS - Thérapeutique des maladies mentales par le travail *A.M.P* , 1927, Tome I, p 280

CALVET - Sur les origines historiques du travail des malades dans les asiles d'aliénés. *Thèse*, Paris, 1952

CATELAND - Contribution à l'étude des facteurs psychologiques intervenant dans la reprise du travail *A.M.P* , 1957, Tome I, p 354

CATELAND E. - AMIEL R. et NOEUVEGLISE J. - Aspects psychologiques des situations des responsables dans les chantiers. *Le Concours Médical*, Novembre 1960, N° 45, p. 5088

CATELL R.B Concepts and Methods in the measurement of group syntality. *In Hare, Borgatta et Bales : Small groups*, 1955

CHAIGNEAU H. - KOECKLIN P. - Le Champ Asilaire. Evolution Psychiatrique

CHANOIT L Ergothérapie au C T R S de Ville Evrard Essais de systématisation. *A.M.P.* , 1958, Tome 2,

p 546

CHATAGNON P. et CHATAGNON C. La Thérapeutique occupationnelle *A.M.P.*, 1947, Tome I, p 361

CHAURAND - BONNAFE La direction médicale condition indispensable de l unité de l assistance psychiatrique *A.M.P.*, 1945

COLIN M. Équilibre psychique et monde du Travail *Chronique sociale de France*, Cahier N° 3, 15 Mai 1956, 64e année - 16 rue du Plat, Lyon Numéro consacré à la Psychopathologie des Collectivités

COLLECTIVITES - Septième rapport du Comité d Experts de la Santé Mentale : Psychiatrie sociale et attitude de la collectivité

CORBAN C.A - Traitement par le Travail. Traitement des maladies mentales. 1935, Tome I, p 878

COULONJOU Les maladies mentales professionnelles *Discussion - Congrès des Alienistes*, Strasbourg, 1920

COURBAIRE de MARCILLAT H. - Le reclassement et la réintégration dans la vie sociale des malades mentaux traités dans les centres de cure - Contribution des sociétés de travail de Croix Marine. *A.M.P.*, 1952 Tome I, p 722

DARCOURT G. - *Thèse*, Marseille, 1958

DAUMEZON G. - Les initiatives collectives dirigées - Forme de Psychothérapie collective *A.M.P.*, 1948, Tome II, p 220

DAUMEZON G. - TOSQUELLES F. - PAUMELLE Cl. Le fonctionnement thérapeutique de l'Hôpital Psychiatrique *Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie*, Tome III

DERVILLEE P. et de VERBIZIER J. La fatigue paradoxale - Symptôme d'alarme pour la réadaptation au travail *Communication à la Société de Médecine du Travail de Bordeaux*, Séance du 29/6/54

DONNDIEU A. L assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé. A M P , 1945, Tome I, p 23

DONNADIEU A. Rééducation par le Travail Peut on obliger le malade à travailler ? 1947, Tome I, p 207

DUBLINEAU J. Réflexions sur la Psychologie de la Sénescence 1948, Tome I, p. 323

DUBLINEAU J. BEAUDOUIN J.L. Mme BOUQUEREL Application à l adulte psychopathe des techniques de rééducation active en usage pour l'enfance ina

daptée *A.M.P.*, Tome I, 27 Janvier 1947.

DUBLINEAU J. et HIVERT P. Perspectives industrielles dans la réadaptation sociale. *A.M.P.*, 1959, Tome II, p. 694.

DUCHENE H et CHAMPION Y. - Perspectives médico sociales en matière de maladies mentales pour 1965. *Concours Médical*, N° 9, 1er Mars 1958, p. 1105, Résumé D.O.C.I.S.A.C.M.S

ENRIQUEZ E. - Problème du commandement dans les entreprises industrielles Psychosociologie industrielle. *Revue Hommes et Techniques*, 1959, Hors Série, N° 169, p. 52 et suivantes

L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE - Année 1950, Fascicule III, Juillet-Septembre. Sur P. JANET.

FAURE H. - L'argent à l'Hôpital Psychiatrique *Information Psychiatrique*, Juillet 1958.

- Cure de sommeil collective et Psychothérapie de groupe. *Masson Edition* 1958.

FERNANDEZ A. - HAZERA M. - LEBRETON M. - Facteurs de cohésion et rapports sociaux à l'Hôpital Psychiatrique. Perspectives Psychothérapiques. *A.M.P.*, 1958, Tome I, P. 222

FERNANDEZ A. - ZOILA - Sur la Psychopathologie du travail. *Information Psychiatrique*, Novembre 1959, pp. 525-530.

- Sur la Psychothérapie de l'homme au travail. *Information Psychiatrique*, Novembre 1959.

FERNANDEZ - ZOILA - BAILLY R. - LEBRETON M. - HUGUET P. - Critères d'efficacité du travail thérapeutique. *Informavion Psychiatrique*, 1958, N° 6

FERNANDEZ A. - ZOILA - LEBRETON M. - BAILLY R. - Temporalité et Sociabilité Composantes ergothérapiques dans le travail en petit groupe. *Information Psychiatrique*, Novembre 1959.

FERNANDEZ A. - ZOILA et LEBRETON M. - Champ Psycho-social et dimensions temporelles dans le travail *C.E.R.P.*, 1959, 8ème année, Tome VIII, N° 1-2, Janvier-Juin 1959, pp. 78-84.

- Distance sociale et rapports interindividuels en milieu psychiatrique. *Annales de Médecine Psychiatrique*. 116ème année, Tome II, Juillet 1959, pp. 224-254.

Aspects psychopathologiques du travail. Thérapeutiques composantes temporalles et rythmiques

Evolution psychiatrique, N° 14, Année 1958 , pp. 739-756.

FOLLIN S. et DUCHENE H. - Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade. 1946 , I, p. 289

GAYRAL L. - La Psychiatrie contemporaine : Principe, Méthode, Application. *Privat Editeur*, Toulouse , 1954.

HAZERA M - Les rapports sociaux à l'H.P. - Leur intérêt psychothérapique. *Thèse*, Bordeaux, 1956

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE - Centre d'action préventive en Santé mentale. *Information Psychiatrique*, 1958, N° 7.

JANET P. - De l'Angoisse à l'Extase. *P.U.F.*, 1926, Tome I, pp. 203-204 et suivantes

- La Force et la Faiblesse Psychologique. *Maloine*, 1932, p. 135.

Evolution psychologique de la Personnalité *Edition A. Chabine*, 1929, p. 357

JUNG C.G. - L'Homme à la découverte de son âme *Editions du Mont-Blanc*

KOECKLIN P. - Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. *Thèse*, Paris, 1951.

LEAVITT H.J. and MUELLER R.A.H. - Some effects of feedback on communication. *In Hare*.

LE GUILLANT - Introduction d'une Psychopathologie sociale. *Evolution Psychiatrique*, 1954

LE GUILLANT et BEGOIN J. - Quelques remarques méthodologiques à propos de la névrose des téléphonistes. *Les conditions de vie et de santé*, N° 2, Mai 1957, p. 85, résumé A.C.M.S

LEROY P. - Les épileptiques capables d'emploi. *Thèse*, Paris, 1952.

LUTZ M. - KASTLER - Création et développement de l'Ergothérapie à l'Hôpital Psychiatrique de Ste phansfeld. *A.M.P.* , 1956, Tome I, p 99

MANS J. - Le travail dans les asiles d'aliénés. 1938, I, p. 722

MASCIOCCHI A. (de Pavie) - Archivio di Psicologia Neurologia e Psychiatria. 18e année, Fasc. 5, Septembre-Octobre 1957 , p. 429 - 458 , *A.M.P* 1958, Tome I, p. 572-955.

MEYERSON I. - Le travail : une conduite 1948, II, p.693

MIGNOT H. Réflexions sur l'exercice de la Psychiatrie en milieu asilaire. *E.P.* , 1956, Avril-Juin

MINDUS E. - Esquisse d'une conception de la Psychiatrie industrielle. Traduction J. NOEUVEGLISE, *Bulletin de l'OMS.* , Vol. 13, N° 4, 1955.

MOSER U. - L'analyse de la destinée appliquée à la Psychologie du travail. *Connaissance de l'Homme*, N° 16, Avril-Mai-Juin 1956, 5 rue Latran, Paris, Ve, numéro consacré à Szondi.

MOUNIER E. - Traité du Caractère. *Edition du Seuil*, 1947, pp. 478-525 et suivantes.

PARCHAPPE - Organisation du travail dans les principaux asiles de Grande Bretagne et dans l'asile du département de la Seine-Inférieure. *A.M.P.* , 1893, p. 398

PATHON C. - STEFANESCA et VUJDEA I. (de Bucarest) - Recherches concernant la capacité de travail des malades mentaux. *Neurologia Psychiatria Neuro-Chirurgia Bucarest*, 2ème Année, N° 2, Mars-Avril 1957, p. 156-162, *A.M.P.* , 1958, Tome I, p. 759.

PUECH - MARGAT - FORZY C. Ergothérapie et Psychothérapie simultanées entre deux malades : un éthylique et un catatonique. *A.M.P.*, 1953, Tome I, p. 552.

RACAMIER J.C. - Introduction à une sociothérapie des schizophrènes hospitalisés. *E.P.*, 1957, Tome I

REQUET A. - Occupational Thérapy *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, Tome III.

SCHWEICH - GRINE - NICOLLER - Ergothérapie de bas niveau *A.M.P.* , 1955, Tome 2, p. 844.

SIVADON A. - Les conceptions actuelles de la Médecine du Travail dans le Bâtiment et les Travaux Publics. Adaptation au Travail. *Médecine d'Usine*, 15ème Année, N° 4, Avril 1953, p. 186

SIVADON A. - AMIEL R. et Mme LAMBERT-TROLLAT - Les épileptiques dans les industries du Bâtiment - Fréquence de leur rencontre - Difficulté du reclassement et intérêt de la réadaptation. *Communication à la Société de Médecine du Travail.* Paris, Séance du 16 Mai 1955, in arch. Mal. Prof. , Tome 16, N° 5, pp 468-471.

SIVADON A. et de VERBIZIER J. - Premières données sur une expérience de consultation de Psychopathologie du Travail pour les ouvriers du Bâtiment. *Journées Nationales de Médecine du Travail du*

B.T.P., 20 et 21 Mai 1955, in compte-rendus I.N.S.O.P.P.B.T.P., pp. 16-23

SIVADON P. - Psychopathologie du Travail. *L'évolution psychiatrique*, N° 3, Année 1952, pp. 451-471.

Névroses du Travail. *Communication aux Journées Nationales du Travail du B.T.P.*, in compte-rendus 20-21 Mai 1955, pp. 7-15.

- Le dépistage et la prévention de l'alcoolisme : Mécanisme et prodromes de la toxicomanie alcoolique. *Edité par le Comité National de Défense contre l'alcoolisme*, 15-16 Mai 1955, pp. 11-16.

Psychopathologie du Travail. *Journée d'Etude du Centre Economique et Social de Perfectionnement des cadres*. Paris, 22 Juin 1957.

- Hygiène Mentale du Travail. *Arch. des Mal. Prof.*, Tome 17, N° 6, Novembre-Décembre 1956, pp. 568, Résumé A.C.M.S.

- Problème d'Hygiène Mentale posé par le travail industriel. *Le droit social*, Septembre-Octobre 1957, N° 9-10, p. 477, résumé A.C.M.S.

Principes généraux de la Thérapeutique par le Travail. *A.M.P.*, 1956, Tome I, p. 922.

L'investissement de l'agressivité comme technique sociothérapique. *E.P.*, 1956, Janvier-Mars.

SIVADON P. - SCHWEICH. Thérapeutique par le travail. *A.M.P.*, 1957, Tome 2, p. 571.

SIVADON P. - SCHWEICH - BEGOUIN C. - Chlorpromazine et Activités Ergothérapiques. *A.M.P.*, 1957, Tome I, p. 735.

SOCIOTHERAPIE & PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE. N° spécial de *E.P.*, 1952, Juillet-Août, Réunion de Bonneval.

THEALLET J.C. - Le travail des malades à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan. *Thèse*, Bordeaux, 1952.

TREDGOLD R.F. - The psychiatry in industry. *World Fédération for mental health*, London, 2-3, pp. 3-7, 1950.

- La psychologie dans l'industrie. *World Fédération for mental health*, London, 2-3, pp. 712.

UEBERSCHLAG H. - Les techniques de réadaptation sociale à l'Hôpital Psychiatrique. *A.M.P.*, 1960, Tome I, p. 997.

- Information Psychiatrique. 1958, N° 3
- L'Hôpital Psychiatrique Moderne - Sa fonction, son organisation médico-sociale. *Techniques Hospitalières*. N° 128, Mai 1956.
- Réadaptation des Malades à l'H.P *Information Psychiatrique*, 1954.

VEIL Cl. - Les états d'épuisements. *Concours médical*, N° 23, Juin 1959.

Phénoménologie du travail. *Evolution Psychiatrique*, N° 4, Année 1957, pp. 693-721
- Le transfert dans la relation médecin-malade *Présence*, N° 60.
- Quelques questions ouvertes en Psychologie du Travail. *Bulletin du Centre d'Etudes et de Recherches Psychotechniques*, 6ème année, 1957, Tome VI, N° 4, Octobre-Décembre, pp. 465-467
- Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux. *A.M.P.* , N° 2, Février 1956.
- Psychopathologie du Travail chez les ouvriers du Bâtiment. *Exposé fait aux médecins de l'A.P.A.S. le 24 Avril 1953.*
- Hygiène Mentale dans l'industrie française *Hygiène Mentale*, N° 2, 1954, pp. 39-43
- Aspects médico-sociologiques de l'industrialisation moderne. *Revue internationale du Travail*, N° 1, Janvier 1957, p. 1
- Les rythmes du Travail. *Hygiène Mentale*, N° consacré aux journées de Santé Mentale, 1956, N° 1, 1957, p. 36, résumé A.C.M.S
- La sécurité du Travail. *Ligue française d'Hygiène Mentale 1958, Hygiène Mentale*, 1959, N° 1, pp. 44-67.
- La fatigue industrielle et l'organisation du Travail, la notion de détérioration. *Arch. Mal. Prof.* , Tome 18, N° 1, Janvier-Février 1957, pp. 33-37.
- Inadaptation au travail professionnel, études systématiques de quelques signes cliniques. *Biotypologie*, N° 15, 1954, pp. 13-22
- Difficultés d'apprécier certaines incapacités de travail. *A.M.P.* , 1959, Tome II , p. 892.
- Médecine du Travail et Psychiatrie. *A.M.P.* , 1959, Tome I.

VERBIZIER J. (de) - Les conduites d'autorité de malades mentaux sur un chantier à caractère expérimental.

Journées de Médecine du Travail, du Bâtiment et des Travaux Publics, Marseille, Mai 1960

VIE J. - Le Placement Familial des Aliénés et des Psychopathes. *A.M.P.*, 1940, Tome 2, N° 1, p. 110

A propos de l'augmentation du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie *IIe Congrès International d'Hygiène Mentale*, Tome I, p. 432.

- Le traitement des malades mentaux par le travail 1936, I, p. 306, *Idées et réalisations de H. SIMON.*

- Vers une Psychiatrie sociale. 1943, I, p. 379

WAHL P. - Travail intellectuel et distraction dans les asiles d'aliénés. 1936, II, p. 346

WINER R. - Considérations sur l'alcoolisme chronique témoin d'une inadaptation au travail. *Thèse*, Paris, 1955

Imprimé
au
CENTRE D'EDITIONS UNIVERSITAIRES
de l'A.G.E.T.
15, rue des Lois , 15
TOULOUSE

Juin 1961